



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد بوضياف - المسيلة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم: علم النفس



الرقم التسلسلي: 2018/.....

رقم التسجيل: 1335071934

مستوى التكفل النفسي بمريض الزهايمر

(دراسة ميدانية على عينة من المسنين بالمسيلة)

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في:

تخصص: علم النفس العيادي

الشعبة: علم النفس

تحت إشراف:

د. أسماء إبراهيمي

إعداد الطالبة:

منى داود

السنة الجامعية 2017-2018

** كلمة شكر وعرافان **

الحمد اي ر لنا درب العلم والمعرفة وانا لى داء هذا الواجب ووفقا الى
انجاز هذا العمل.

تقدم بوافر الشكر الجزيل ومانان الى عمل ما ساعدني من قريب و من بعيد لى
اتمام هذا العمل المتواضع

وفي تذليل ما واته من صعوت، وخص ر استاذة المشرفة: سماء ابراهيمي
التي لم تتوانى في تقديم التوجيهات والنصائح القيمة والتي كانت عو لي في إنجاز هذا
البحث

كما تقدم لشكر والعرافان الى ساتذتي الكرام في قسم لم النفس، كما لا سى ن
شكر زملائي لى بذل اهود لمساعدتي وكذ قدم الشكر الوافر والتقدير لوا
العزرن وقاري لى دعمهم لي

وبدون ن سى تقديم الشكر الجزيل لعمال مكتبة الساة لى كتابة وطباعة هذه
المنرة.

ملخص الدراسة :

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى التكفل النفسي بمرضى الزهايمر لدى عينة من المسنين، وذلك باستخدام المنهج الوصفي ومن خلال رصد آراء الأسر والعاملين بالمستشفيات، حيث طبقت على عينة قوامها (30) فردا متكفلا بالمسنين ولقد خلصت نتائج الدراسة إلى أن مستوى التكفل النفسي بالمرضى الذي يقطن في أسرته كانت بدرجة متوسطة وبالنسبة للمرضى الذين يزورون المشفى كانت بدرجة عالية .

الكلمات المفتاحية : التكفل النفسي، المسنين، مرض الزهايمر .

Abstract:

This study aimed to recognize the degree of the psychological care of Alzheimer's patients on a sample of old people . by observing family's the sheltered workers and hospitals opinions were it was applied on a sample of (30) carried old people individual the results of this study concluded that the level of the patients's psychological care who lived with their families was to medium degree and for those who were visiting the hospital was to high degree .

Key words :

Psychological - Old people - Alzheimer

الفهارس

قائمة المحتويات

	شكر و عرفان
	ملخص الدراسة
	فهرس المحتويات
	فهرس الأشكال
	فهرس الجداول
أ-ب	مقدمة

الفصل التمهيدي: الإطار العام للدراسة

4	تمهيد
5	1- إشكالية الدراسة
7	2- فرضيات الدراسة
7	3- أهداف الدراسة
8	4- أهمية الدراسة
9	5- المفاهيم الإجرائية
10	6- الدراسات السابقة
18	خلاصة

الجانب النظري

الفصل الثاني: التكفل النفسي

21	تمهيد
22	1- تعريف التكفل
22	2- التكفل النفسي وبعض المفاهيم المتداخلة
24	3- أنواع التكفل
25	4- أهداف التكفل النفسي
25	5- أهمية التكفل النفسي
26	6- الأفراد المسؤولون عن الكفالة النفسية (أعيان الكفالة)
26	7- الأخصائي النفسي الإكلينيكي
26	8- مهام الأخصائي النفسي
27	9- أدوات الأخصائي النفسي الإكلينيكي
28	10- دور الأخصائي النفسي في رعاية مريض الزهايمر
29	11- مؤسسات التكفل النفسي
31	خلاصة الفصل

الفصل الثالث: المسنين (الشيخوخة)

33	تمهيد
34	1 - مفهوم الشيخوخة
36	2-تاريخ بداية الاهتمام بمرحلة الشيخوخة
38	3-احتياجات مرحلة الشيخوخة
40	4-الخصائص والتغيرات المصاحبة لمرحلة الشيخوخة
43	5-أهم مشكلات مرحلة الشيخوخة
47	6-أسباب مشكلات الشيخوخة
48	7-النظريات المفسرة لمرحلة الشيخوخة
53	8 - علاج مشكلات مرحلة الشيخوخة
55	خلاصة

الفصل الرابع: الزهايمر

57	تمهيد
58	1-مفهوم مرض الزهايمر
61	2 - العوامل المسببة لمرض الزهايمر
64	3-مراحل مرض الزهايمر
65	4-أعراض مرض الزهايمر
66	5-تشخيص مرض الزهايمر
74	6-أساليب وطرق علاج مرض الزهايمر
77	خلاصة

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

80	تمهيد
81	1-الدراسة الاستطلاعية
81	2-منهج الدراسة الأساسية
82	3-عينة الدراسة وخصائصها
85	4-مجالات الدراسة
85	5-أداة البحث
90	6-الأساليب الإحصائية المستخدمة في معالجة البيانات
91	خلاصة

الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة

93	1-ك الدراسة
93	1-1- عرض نتائج السؤال الأول
94	1-2- عرض نتائج السؤال الثاني
95	1-3- عرض نتائج السؤال الرئيسي
96	2- مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات
101	3- الاستنتاج العام
104	خاتمة
111	قائمة المصادر والمراجع
	قائمة الملاحق

قائمة الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
01	يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس	83
02	يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن	84
03	يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي	85

قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
82	يوضح عبارات الاستبيان في صورته الأولى	01
83	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس	02
84	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن	03
87	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي	04
88	مصفوفة الارتباط بين فقرات المحور الأول مع الدرجة الكلية للمحور	05
89	مصفوفة الارتباط بين فقرات المحور الثاني مع الدرجة الكلية للمحور	06
89	يوضح معامل الارتباط بين محاور الاستبيان والدرجة الكلية للاستبيان.	07
93	نتائج الاختبار التائي لدلالة الفرق بين المتوسط الحسابي والمتوسط النظري	08
94	نتائج الاختبار التائي لدلالة الفرق بين المتوسط الحسابي والمتوسط النظري.	09
95	نتائج الاختبار التائي لدلالة الفرق بين المتوسط الحسابي والمتوسط النظري.	10

مقدمة

مقدمة:

لقد خلق الله عز وجل الإنسان بشكل يجعله قادراً على التكيف مع الحياة وجعل حياة الإنسان تنقسم إلى مراحل مختلفة بتقدم العمر بدءاً بالطفولة مروراً بالشباب وانتهاءً بالشيخوخة وذلك لقوله تعالى: ﴿هُوَ الَّذِي كَلَّمَ رَبِّي ضَعْفًا، ثُمَّ جَعَلَ عَمِينَ ضَبْعًا، قُوَّةً، ثُمَّ لَمَّنَ بِعَدْرِ قُوَّةٍ، ضَعْفًا، وَشَيْبَةً، يَخْلُقُ مَا يَشَاءُ، وَهُوَ عَلِيمٌ قَدِيرٌ ۝٥٤﴾ سورة الروم، الآية 54.

وتعد شريحة كبار السن من الشرائح المهمة التي ينبغي إيلاء الرعاية لها والتكفل بها والاهتمام اللائق بها، وذلك لاعتبارات دينية واجتماعية ووطنية وإنشائية، فضلاً على أنها ترجمة وتجسيداً لما تؤكد عليه الشريعة الإسلامية السمحاء والتي نصت أهم مبادئها تحقيق روح التعاون والتكافل الاجتماعي والالتزام بالمسؤولية والتضامن تحقيقاً للأمن والأمان في المجتمع ويرتكز على التماسك والتعاون والتكافل بين أفراد المجتمع والأسرة والتي تلزم جميع أفرادها باحترام كبير السن وتوقيرهم، وبالإضافة إلى أن الدولة وقيادتها يجب أن تولي اهتماماً بالغاً لهذه الشريحة، وانطلاقاً من رعايتها للإنسان باعتباره الهدف الأسمى والغاية العظمى في المجتمع ومجمل قضايا التنمية.

وهنا وجب التركيز على أهمية تلك الفئة من فئات المجتمع كعنصر شرعي لازال قادر على العطاء وله دور في التنمية الاجتماعية والاقتصادية وكمثل أعلى للأجيال يجب أن يتحلى به، وقد يتأثر كبير السن بعوامل عديدة كالظروف الصحية والنفسية والاجتماعية وظروف الأسرة التي يعيش فيها والمجتمع الذي يأويه، ونذكر من أهم المشكلات العضوية (الوظيفية) التي تواجه المسنين في حياتهم هو مرض الزهايمر الذي يصيب المح ويتطور ليفقد الإنسان ذاكرته وقدرته على التركيز والتعلم، وقد يتطور ليحدث تغيرات في شخصية المريض فيصبح أكثر عصبية أو قد يصاب بالهلوسة أو حالة من حالات الجنون المؤقت . ولأن أهمية العلاج والمتابعة النفسية والاجتماعية في هذه الحالة للمسنين تجعلهم يندمجون في الحياة بشكل طبيعي، ويشعرون بأنهم أفراد إيجابيين بحيث يفيدون غيرهم ويقدمون إليهم جل الخدمات، ومن ثم يعرضون لهم بالوجود والأهمية.

مقدمة

والإصابة بمرض الزهايمر من المشاكل التي تواجه المسنين خاصة في تذكر أبسط الأمور وبالتالي يجد نفسه يعاني من سوء التكيف الملائم للظروف البيئية والمتغيرات الطارئة عليها. ولهذا مريض الزهايمر يحتاج إلى تكفل، تكفله إحدى مؤسسات الرعاية إما الأسرة و/أو مراكز الدولة، هذه المؤسسات بما تقدمه من خدمات وأدوار من شأنها أن تحقق راحة للمسن المريض بالزهايمر أم تزيده استياء حالته.

لذلك هذه الدراسة جاءت لتوضح وتعبر عن مدى توافر مفهوم الرعاية لدى مريض الزهايمر بين الأسرة والمستشفيات.

ومن أجل تحقيق أهداف الدراسة تم الاعتماد على الخطة التالية والمكونة من جانبين نظري وتطبيقي، وقد اشتملت على ستة فصول وهي كالتالي:

الفصل الأول وهو فصل تمهيدي ضم الإشكالية والفرضيات وأهداف الدراسة، المصطلحات الإجرائية، الدراسات السابقة والتعقيب عليها.

الفصل الثاني: تناولت فيه موضوع التكفل النفسي.

الفصل الثالث: (الشيخوخة، المسنين) وأهم احتياجات ومتطلبات هذه المرحلة العمرية وإلى غير ذلك من العناصر.

الفصل الرابع: تم عرض مرض الزهايمر من مفهوم والعوامل المسببة ومراحل تقدم المرض، أهم الأعراض وغيرها من العناصر المهمة.

الفصل الخامس: احتوى على (إجراءات الدراسة الميدانية) ولقد احتوى على الدراسة الاستطلاعية، منهج الدراسة وأداتها، العينة وحدود الدراسة والأساليب الإحصائية المستعملة.

الفصل السادس: خصص هذا الفصل لعرض وتحليل ومناقشة النتائج المتواصل إليها في ضوء الفرضيات ثم نتيجة عامة، خاتمة، قائمة المراجع.

الفصل الأول:

الإطار العام للدراسة

تمهيد

1- إشكالية الدراسة

2- فرضيات الدراسة

3- أهداف الدراسة

4- أهمية الدراسة

5- المفاهيم الإجرائية

6- الدراسات السابقة

خلاصة

تمهيد:

لاشك أن اختيار الموضوع يثير في ذات الباحث تساؤلات عديدة حول ما يريد معرفته، أو ما يهدف الوصول إليه أو استكشافه، وبما أن سيرورة البحث تقتضي الانتقال من الطابع المجرد إلى الطابع الإجرائي فإن الضرورة المنهجية تقتضي من الباحث الإجابة على أسئلة الإشكالية، وبناء فرضيات أو إجابات مؤقتة انطلاقاً من الأدب النظري أو من الواقع من أجل التحقق منها إمبريقياً، وهذا على حسب أهداف البحث التي تحدد بدورها المجال البشري للبحث الذي ستجرى عليه الدراسة الميدانية وذلك من خلال تطبيق أداة البحث، وكذا المنهج الذي تفرضه طبيعة الموضوع والهدف منه، ويتم تحقيق هذا من خلال أهم خطوة في البحث العلمي وهي الاختيار الأنسب لأدوات الاستقصاء الملائمة لجمع المعلومات أو المعطيات التي ستسمح باختبار الفرضيات.

ومن هذا المنطلق جاء هذا الفصل في إشكالية الدراسة وفرضياتها وأهم المفاهيم التي هيكلت النموذج التحليلي لهذه الدراسة وأهمها الدراسة والأهداف المرجوة منها، وبما أن كل دراسة هي امتداد لدراسة أخرى، فإنه أيضاً الوقوف على الدراسات السابقة ذات الصلة بالموضوع.

1- إشكالية الدراسة:

تعتبر مرحلة الشيخوخة المحطة الأخيرة التي يمر بها الفرد في مراحل حياته إلا أنها تتميز بخصوصية لا بد من مراعاة متطلباتها واحتياجاتها وذلك من جميع النواحي الصحية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية لأنها تمثل كتلة من الخيارات السابقة التي يجب الاستفادة منها وبالأخص من كانت لديه القدرة على العطاء بصورة تتناسب مع الإمكانيات الجسدية والنفسية والعقلية لديهم، والاهتمام الموجه لهذه الفئة العمرية يجب أن لا يقل عن الاهتمام بأي فئة أخرى. (علي خديجة حمو، 2012، ص17).

ولقد أصبح موضوع رعاية وحماية المسنين بصفة خاصة، والرعاية الصحة بصفة عامة من بين أهم المواضيع التي حظيت بالاهتمام في عصرنا الحالي وذلك على المستويات العالمية والإقليمية. (ناصرى مسعودة، 2012، ص7)

ولأنه حسب الدراسات المرضى في العمر المتقدم غير قابل للشفاء التام، بمعنى أنه لا يمكن إعادة الحالة الصحية إلى ما كانت عليه، يعكس ما يحدث من الشفاء التام في المراحل الأخرى، وربما يؤدي إلى العجز الذي قد يحتاج إلى رعاية طويلة المدى، ويوجد لدى كبار السن العديد من الأمراض الجسمية والعصبية، ولعل من أكثر الأمراض التي تصيبهم هو مرض الزهايمر.

وهنا لا بد من الإشارة إلى أن هذا المرض باعتباره مرض العصر، يصيب خلايا المخ ويؤدي بدوره إلى خلل في عملية الذاكرة، فيشوبها التذبذب وعدم القدرة على تذكر الأحداث وخاصة القريبة منها، ولا يعرف حتى الآن سبب محدد للإصابة به، وتتضاعف أعداد مرضاه كل خمس سنوات، بين ما تعدوا الخامس والستون (65)، كما يصيب نصف من تعدوا الخامس والثمانون (85) من العمر، وغالبا ما تتطور أعراضه بسرعة ويفقد المصاب به القدرة على التعرف إلى الأشخاص والأماكن والاهتمام بنفسه.

إذا وجب هنا أن نلفت انتباه الأهل والأسر إلى تقديم الرعاية اللازمة والكافية للمصابين بالزهايمر وذلك من خلال عرضه على الفريق الطبي والنفسي للتكفل بهذا المرض

ومما لا شك فيه أن موضوع التكفل النفسي من الأمور الهامة التي تساعد على تحسين حالتهم النفسية والاجتماعية وتحسين ذاكرتهم، والتغلب على وقت الفراغ، وهذا ما أشارت إليه دراسة ريفيو وآخرون Rovio et All من النشاط البدني المتعلق بالعمل وخطورة مرض الزهايمر في نهاية العمر، وخلصت النتائج إلى أن النشاط البدني المرتبط بالعمل كاف للحماية أو الوقاية من مرض الزهايمر لدى كبار السن. (محمود بن محمد ناوي العنزي، 2015، ص18)

ولقد أشار أستاذ الطب النفسي في جامعة عين شمس الدكتور طارق أحمد عكاشة إلى وجود 35 مليون مريض بالزهايمر عالمياً، ويتوقع أن يصل إلى 120 مليون بحلول العام 2050 مما يجعل كلفة المرض تصل إلى 40 ترليون دولار.

ولهذا يحتاج مريض الزهايمر إلى تكفل نفسي وطبي في المراكز الإستشفائية المتخصصة وكذلك إلى تقديم رعاية خاصة بالنسبة لعديمي الأسر والأهل، ولأنه حسب دراسة سميان وآخرون (2001) أن البيئة الاجتماعية تلعب دوراً مهماً في حماية كبار السن ضد التدهور المعرفي. (محمد عبد المنعم نور، 1990، ص36)

ويلعب كذلك مكان الإقامة وترتيبات المعيشة دوراً مهماً في تقدير الصحة ذاتياً وموضوعياً، حيث نجد في هذا الصدد دراسة هدى قناوي (1988): أن اتجاه المقيمين بدور المسنين نحو الرعاية النفسية والاجتماعية المقدمة لهم سلبي، وتبين أن المسنين المقيمين خارج دور المسنين أكثر توافق نفسياً من المسنين المقيمين داخل هذه الدور.

ونجد كذلك نظرية شبكة العلاقات الاجتماعية أن التفاعلات مع الناس الآخرين خاصة ذوي الحالة المشابهة أو أسلوب الحياة المشابه يعد أمراً مفيداً للصحة النفسية بوجه عام والأداء المعرفي بوجه خاص، وقد تكون الصحة الجيدة ووجهة الضبط الداخلية المدركة مفيدة للأداء المعرفي. (Stevens et All, 1999, P32)

وتقدر نظرية النشاط أن أنشطة أسلوب الحياة ضرورية للشيخوخة الناجحة، وأن أسلوب الحياة وتيسير الأداء المعرفي في الشيخوخة والأفراد الذين يعتبرون أنفسهم نشطاء

جسمانيا واجتماعيا يعتبرون ذاكرتهم أفضل وأنهم أقل قلق على ذاكرتهم عن الأقل نشاطا جسمانيا واجتماعيا، ومن ثم فإن التدهور في الأداء المعرفي في الشيخوخة قد يرتبط بالتحديد بكل من الأسلوب المعرفي (المرونة الحركية، والمعرفية ومرونة الاتجاهات) ومتغيرات أسلوب الحياة الخاص (غياب أسلوب حياة نشط أو انهيار الروابط الأسرية) والحالة الاجتماعية والاقتصادية والتفاعل الاجتماعي. (Stevens et All, 1999, P39)

ونتيجة لنقص الأبحاث والدراسات في هذا المجال، وتأكيد الباحثين على الحاجة إلى المزيد من البحوث في مجال الزهايمر وخاصة في الجزائر، فلقد جاءت هذه الدراسة التي تسعى إلى معرفة واقع التكفل النفسي لمريض الزهايمر المسن واندرجت تحتها التساؤلات الفرعية التالية:

- ما مستوى التكفل النفسي بمريض الزهايمر لدى عينة من المسنين وذلك في إطار الأسرة؟
- ما مستوى التكفل النفسي بمريض الزهايمر لدى عينة من المسنين وذلك في إطار المستشفى؟

2 - فرضيات الدراسة:

الفرضية العامة:

مستوى التكفل النفسي بمريض الزهايمر لدى عينة من المسنين متوسط

الفرضيات الفرعية:

- 1 - مستوى التكفل النفسي بمريض الزهايمر لدى عينة من المسنين في الأسرة متوسط.
- 2 - مستوى التكفل النفسي بمريض الزهايمر لدى عينة من المسنين في المستشفى متوسط.

3- أهداف الدراسة:

- لقد تمحورت أهداف دراستي لهذا الموضوع في النقاط التالية:
- معرفة مستوى التكفل بمريض الزهايمر المسن المتواجد في الأسرة.
 - معرفة مستوى التكفل بمريض الزهايمر المسن الذي يزور المستشفى.

معرفة أهم الاحتياجات الصحية للمسنين المصابين بمرض الزهايمر المقيمين في المجتمع من ناحية، والمقيمين في دور الرعاية من ناحية أخرى.

- الوقوف على أوجه القصور التي يعاني منها مرضى الزهايمر المسنين في نشاطات الحياة اليومية.

- تحديد أسلوب حياة مريض الزهايمر المسن وذلك من حيث عاداته الصحية.

- السعي إلى استنتاج توصيات تساهم في تحسين ظروف التكفل النفسي بالمسنين داخل الأسرة بشكل عام والمستشفى ودور الرعاية بشكل خاص.

4- أهمية الدراسة:

4-1 - الأهمية النظرية:

تكتسي هذه الدراسة أهميتها من تناولها موضوع التكفل بمرضى الزهايمر المسن، وذلك لأن المسنون يعدون الثروة البشرية لأي مجتمع، فغالبية القادة في المجتمع هم من فئة الكبار، وهم الذين يمثلون مصدر الخبرة والحكمة والنضج العقلي والانفعالي، وكذلك نجد هذه الشريحة العمرية هي التي تحمل على عاتقها مهمة التربية والتنشئة للأجيال الجديدة، ونقل الخبرة لهذه الأجيال حتى تستطيع تحمل المسؤولية والنهوض بالمجتمع، وتعد كذلك فئة كبار السن من الشرائح المهمة التي ينبغي إيلاء الرعاية لها والاهتمام اللائق بها لاعتبارات دينية واجتماعية ووطنية وإنسانية، وبالتالي يجب علينا كمجتمع حديث ومتطور أن يلزم جميع أفرادنا باحترام كبار السن وتوقيرهم ورد الجميل عرفانا لما قدموه، هذا وبالإضافة إلى ذلك يجب على الدولة ومؤسساتها أن تولي اهتماما بالغا لهذه الفئة والتكفل بها، وتعتبر الدراسات حول موضوع كفاءة مريض الزهايمر قليلة-على حد علم الباحثة- وبالتالي جاءت هذه الدراسة لتضيف الجديد لصرح البحوث.

4-2- الأهمية التطبيقية:

فهي تكمن في الوصول إلى بناء برامج تحسيسية وتوعوية لأهمية هذه الفئة موجهة لعائلة المريض خاصة ومقدمي الخدمات لهاته الفئة وذلك من خلال معرفة تصورات التي قد تساعد في التخفيف من حدة هذا المرض وكذلك طرح بعض الاقتراحات والتوصيات التي يمكن أن تساعد المسن لتجنب مرض الزهايمر وذلك من خلال الكشف المبكر عن المرض وطرق الوقاية منه وهذا كله تجنباً لتفاقمه في المستقبل.

5- المفاهيم الإجرائية:**5-1- التكفل النفسي:**

هو تقديم المساعدة النفسية للأشخاص المسنين الذين يعانون من أمراض نفسية وعقلية ورعايتهم، والعمل على تعديل سلوكياتهم وفقاً لمعايير وذلك بغية تمكين هؤلاء الأفراد من التماسك في شخصيتهم ورفع معنوياتهم وإدماجهم مع أفراد المجتمع.

5-2- المسن: وهو الشخص المتقاعد الذي وصل إلى سن الإحالة للمعاش والذي تقابله مشكلات اجتماعية ونفسية وعجز عن تناولها وقد يتطلب الأمر إحقاقه بمؤسسات رعاية المسنين.

5-3- دور الرعاية:

هي مؤسسات اجتماعية تخصصت في رعاية فئة من فئات المجتمع من الجنسين، أنشأت تحت إشراف الدولة أو مؤسسات الخدمات الاجتماعية، بهدف استقبال كل من بلغ سن المعاش ولا تتوافر لهم الحياة الأسرية بغرض الإقامة والإعانة الكاملة لفترات قد تطول وفيها يتمتع المسن بنوع من الاستقلال في المعيشة وتتوفر لهم سبل الاتصال الفعال مع البيئة وممارسة الأنشطة.

5-4- الزهايمر:

هو مرض يصيب الجهاز العصبي، ويتم الكشف عنه من خلال الفحوصات الطبية وكذلك بعض الاختبارات النفسية كاختبار (MMSE) لفحص الحالات العقلية للمسن، ويبدأ

حدوثه عادة بأعراض بسيطة كنسيان المواعيد، ثم يتطور إلى فقدان الذاكرة بشكل تام، إلى جانب عدم القدرة على عمل المهام الأساسية للإنسان كالتعلم والتركيز وفقدان القدرة على العناية بالنفس، وبشكل تدريجي تتدهور حالة المريض لينسحب من الأسرة والمجتمع.

6- الدراسات السابقة:

تعد الدراسات السابقة من أهم العناصر المعنية على حل مشكلة البحث نظرا لإسهاماتها المتمثلة في توضيح وشرح خلفية موضوع الدراسة ووضعها في الإطار الصحيح وفي الموقع المناسب بالنسبة للدراسات والبحوث الأخرى.

كذا بيان ما ستضيفه إلى التراث الثقافي، إضافة إلى ذلك فإن الباحث يرجع إليهما لما لها دور في المقارنة أو الإثبات والنفي، وعلى الرغم من الآثار الإيجابية للدراسات السابقة إلا أنها تعد قليلة حول موضوعنا أو تكاد منعدمة عندنا في الجزائر، وهذا على غرار بقية الدول العربية والأجنبية.

فلقد اعتمدت الباحثة الدراسات التي تناولت موضوع التكفل النفسي بالمسنين وكذا المشكلات الصحية والنفسية التي يعانون منها، إلى أنواع اضطرابات الذاكرة وسوف نعرضها كالتالي:

6-1 - الدراسات المحلية:

-دراسة (بشير معمرية + عبد الوهاب بهلول، 2009) بعنوان: "الاضطرابات الجسمية والنفسية لدى المسنين المقيمين بدار العجزة بمدينة باتنة-الجزائر":

ولقد اعتمد في دراسة هاته المنهج الوصفي بأسلوب المقارنة، حيث تجمع البيانات من عينة البحث ثم يقارن بين الجنسين، وتكونت العينة من (56) من المسنين تراوحت أعمارهم بين (61-88 سنة) و(42) من المسنات تراوحت أعمارهم بين (59-91 سنة) كلهم من مقيمي دار العجزة، ولقد استخدم الباحثون أداتين لجمع المعلومات إحداها خاصة بالأمراض الجسمية إحداها خاصة بالذكور والأخرى بالإناث، وتتضمن كل منهما (82) مرضا جسيما، والثانية خاصة بالاضطرابات النفسية وتتضمن (65) اضطرابا نفسيا ولقد استعان الباحث بطبيب المسنين والأخصائية النفسانية الخاصة بدار العجزة.

واستخدم الباحث أساليب معالجة البيانات: التكرارات والنسب المئوية واختبار كا²، وظهر من نتائج الدراسة ما يلي:

وجود ترتيب للأمراض الجسمية لدى عينة الذكور، حيث جاءت أمراض (العيون والإعاقة الحركية والضعف العام وطريحو الفراش واضطرابات المعدة وضعف النظر) في المراتب الأولى، وجاءت لدى عينة الإناث أمراض (العيون والإعاقة الحركية والتلعثم في الكلام وطريحات الفراش وآلام العمود الفقري وآلام الساقين وضعف النظر ونحافة الجسم والروماتيزم) في المراتب الأولى.

-أما بالنسبة للاضطرابات النفسية فجاء القلق العام، اليأس، الاكتئاب النفسي، اضطرابات النوم، قلق الموت، إهمال الذات، النظرة السلبية للحياة، العجز، وقلة النشاط والهذات في المراتب الأولى لدى عينة الذكور، وجاء القلق العام والاكتئاب النفسي واليأس وقلق الصحة وتوهم المرض وقلق الموت والخوف والنظرة السلبية إلى الحياة وانخفاض تقدير الذات في الرتب الأولى لدى الإناث. ولم توجد فروق بين الذكور والإناث في الأمراض الجسمية، بينما تفوق الذكور في العصبية الزائدة على الإناث، وتفوقت الإناث في توهم المرض على الذكور.

6-2- الدراسات العربية:

- (دراسة الزبيدي، 2012) بعنوان: "رعاية المسنين في التشريع الإسلامي"

حيث هدفت إلى التعرف على أوجه رعاية المسنين في التشريع الإسلامي من خلال دراسة حقوق المسنين في الإسلام وأسس رعايتهم وبعض الأحكام الفقهية الخاصة بهم والحكمة فيها والأصول والقواعد المبنية عليها في التشريع الإسلامي، وكذلك توضيح السن وخصائصه المميزة.

ولقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج من أهمها: أن الإسلام سبق التشريعات كلها في وضع الحقوق والواجبات والأحكام الخاصة لهذه الشريحة من المجتمع، وأن كذلك أن التشريع الإسلامي لم يعرف نظام التقاعد بل أمر أبناؤه بالسعي للرزق في كافة مراحلهم

العمرية فللمسن أن يعمل لسد حاجاته على أن يكون هذا العمل حسب طاقته، وأن أهم متطلبات المرحلة العمرية للمسنين هي الراحة الجسمية والنفسية والرعاية الصحية والغذائية والحياة الاجتماعية الحافلة مع الأهل، وتأمين مورد مالي أو ضمان اقتصادي لتوفير احتياجاتهم الضرورية.

-دراسة (منى حميد حاتم، 2011) بعنوان: "المشكلات الصحية النفسية لذوي الاحتياجات الخاصة "المسنين"

وقد اعتمدت في دراستها على المنهج الوصفي الإحصائي واستخدمت مجموعة أدوات من أجل جمع البيانات منها الملاحظة والمقابلة والاستبيان، وكان عدد العينة في الدراسة الاستطلاعية 30 مبحوث من المقيمين في دار الرعاية ذوي الاحتياجات الخاصة، أما فيما يخص المجال المكاني المقام فيه هذه الدراسة فهو "دار رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة "المسنين" الواقع في حي الرشاد الجانب الشرقي من مدينة بغداد، لقد استغرقت عملية جمع البيانات ما يقارب 3 أشهر وبمعدل يوميين في الأسبوع امتدت من تاريخ (2011/1/1) إلى (2011/4/4) من المبحوثين يعانون من بعض الأمراض العضوية احتلت فيها أمراض القلب وارتفاع ضغط الدم المرتبة الأولى، تليها أمراض السكري بنسبة (42%) فالمفاصل والعظام بنسبة (17.9%) الجهاز التنفسي والربو بنسبة (13.7%) وأخيراً فقدان السمع والحزن البسيط بنسبة (42%).

-دراسة (إبراهيم الفاروق، 2009) بعنوان: "مشكلات المسنين في المجتمع الفلسطيني دراسة ميدانية في مؤسسات الرعاية الاجتماعية للمسنين في الضفة الغربية".

حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على المشكلات التي يعاني منها المسنون في مؤسسات الرعاية الاجتماعية للمسنين في المجتمع الفلسطيني، وكذلك المشكلات التي يواجهها المسؤولون عن الرعاية الاجتماعية، وقد تم استخلاص نتائج الدراسة من خلال أداة صممت لهذا الغرض (استبيان) وطبقت على عينة عشوائية تكونت من (136) مسناً و(5) مسؤولين ولقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج من أهمها:

- أن الشعور بالوحدة وكثرة التفكير بالماضي وعدم الشعور بالأمان والطمأنينة من أكثر المشاكل الاجتماعية التي يعاني منها المسنين، وأن عدم توفير مصدر دخل ثابت من أكثر المشاكل الاقتصادية. وبناء على نتائج الدراسة كان من أهم توصياتها:

- ضرورة التركيز على توجيه الرعاية المتكاملة للمسنين في بيئتهم الطبيعية وبين أفراد أسرهم، وإعادة الدور الاجتماعي للمسنين في الحياة العامة والعمل على الاستفادة من قدراتهم وطاقاتهم في برامج التنمية. وكذلك تعزيز دور الأسرة وزيادة مقدرتها على رعاية أفرادها المسنين.

- دراسة (مروة فاروق، 2007) بعنوان: "دراسة لصدق سلسلة الرسوم التشخيصية كأداة للتقويم النفسي من خلال الفن لعينة من المسنين المصريين مرضى الاكتئاب والزهايمر".

حيث هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من صدق سلسلة الرسوم التشخيصية (DDS) كأداة للتقويم النفسي عند تطبيقها على عينتين من المسنين المصريين من مرضى الاكتئاب والزهايمر وكذلك الكشف عن أثر اختلاف النوع كأحد المتغيرات التجريبية في سلسلة الرسوم التشخيصية، وترجع أهمية الدراسة في طبيعة أداة (DDS) والتي تؤهلها للتطبيق على كبار السن، وقد اتبعت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي في تناول المفاهيم الأساسية للبحث واستعراض الدراسات المرتبطة بموضوعه، وتحليل النتائج التي كشفت عنها تلك الدراسات، كما استخدمت المنهج التجريبي في تقصي مدى صدق أداة سلسلة الرسوم التشخيصية في التقويم النفسي لعينيتين من المسنين المصريين مرضى الزهايمر والاكتئاب وذلك من خلال المقارنة بين هاتين العينتين التجريبيتين وبين عينة ضابطة من المسنين غير المصابين بالزهايمر والاكتئاب، هذا وقد بلغت عينة الدراسة عينتين تجريبيتين وثالثة ضابطة من كبار السن ممن تجاوزوا الستين (60) عاما وقد جاءت نتائج الدراسة مؤكدة في مجملها صدق سلسلة الرسوم التشخيصية وفائدتها للتقويم النفسي للمسنين المصريين مرضى الزهايمر والاكتئاب وصلاحيتها للعمل كأداة موازية لمحكات التشخيص الإكلينيكي، إلا أن نتائج أداة لسلة الرسوم التشخيصية تتمتع بصدق ظاهري متوسط وتحتاج إلى إجراء بعض التحسينات

لزيادة مصداقية الأداء، وكذلك حساب نتيجة كلية تشخيصية لها وذلك على فئات أخرى كدراسة موازية يمكن من خلالها التحقق من فائدة تلك الأداة في التعامل مع هذه الفئات.

- دراسة (عزة حجازي، 2004) بعنوان: "كبار السن في مصر، مسح بالعينة لنزلاء دور المسنين": وتهدف الدراسة إلى الاهتمام في توفير قاعدة بيانات وافية وصلبة عن قطاع مهم من كبار السن في مصر - أولئك الذي يعيشون في دور المسنين - يشمل خصائصهم الديموغرافية للأوضاع التي كانوا يعيشون فيها في المرحلة السابقة على دخول الدور، وأسباب دخولهم الدور والأوضاع فيها، وأجرى المسح على (815) حالة من كبار السن باستخدام الإستبار منهم (506 من الإناث) و (309 من الذكور) تتراوح أعمارهم بين (60-99 سنة) (باستثناء 32 حالة كانوا أقل من 60 سنة).

وتبين من نتائج المسح أن (62.1%) من العينة كن من الإناث في مقابل 37.9% من الذكور، وكانت الإناث أقل تعليماً من الذكور، وكذلك من حيث مستوى الدخل، وأن أوضاع الأسرة المعيشية لم تكن مواتية تماماً في بعض الحالات، وكذلك وجود مشكلات وصراعات في الأسرة، ومع ذلك فقد عبر (53.2%) من العينة عن رضاهم عن الحياة في الأسرة المعيشية قبل دخول الدار، وقد شكوا عدد من كبار السن في عديد من الدور من معاكسات ومضايقات من نوع أو آخر تعرضوا لها، وكذلك شكوا بعضهم من تعرضهم للعنف الجسدي، وكذلك كانت هناك شكوى من الازدحام والتكدس وفقدان الخصوصية، وسوء تصرف بعض النزلاء ومشكلات في الطعام، وقصور في الخدمات الصحية.

- دراسة (عواطف إبراهيم، 2002) بعنوان: "المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالصحة

النفسية والتفاؤل والتشاؤم لدى المسنين المقيمين بدور الرعاية والمقيمين في أسرهم"

فقد تمت على (100 مسن من الذكور والإناث) بواقع 40 مسن بدور الرعاية و60 مسن مقيماً مع أسرهم وتراوحت أعمارهم بين (60-70) سنة بمتوسط (63.6) وانحراف معياري (8.2) وطبقت عليهم مقياساً للمساندة الاجتماعية، ومقياساً للوحدة النفسية والقائمة العربية للتفاؤل والتشاؤم، واستمارة لجمع البيانات الأولية.

وقد كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق جوهرية بين المسنين المقيمين مع الأسرة والمسنين المقيمين بدور الرعاية لصالح المقيمين مع الأسرة، كما تبين وجود فروق دالة بينهم في الوحدة النفسية والتشاؤم لصالح المقيمين بدور الرعاية، أما بالنسبة لوجود فروق بين المسنين والمسنات فقد أوضحت النتائج أن الذكور أكثر شعورا بالتشاؤم والوحدة النفسية من المسنات، بينما لم توجد فروق بينهما في الدرجة الكلية للمساندة.

6-3- الدراسات الأجنبية:

-دراسة (ستيفن Stevens وزملاؤه، 1999) بعنوان: " فحص العلاقة بين أسلوب الحياة والذاكرة، وتحديد العوامل الاجتماعية التي تؤثر في الذاكرة"

لقد أجريت الدراسة على 497 راشد تتراوح أعمارهم ما بين (25-80 سنة) وطبق عليهم استبيان الوعي بالذات وتبين أن النشاط والاتصال المتكرر مع الأصدقاء والأسرة يرتبطان بالدرجات المرتفعة في وسع الذاكرة كانوا الأصغر عمرا، والأحسن صحة، وذوي وجهة ضبط داخلية قوية، وفي المقابل كان ذو الدرجات المنخفضة هم الأكثر قلق والأقل تعليما وذو وجهة ضبط خارجية، وهذا يعني أن الأفراد الذين يعتبرون أنفسهم نشطاء جسمانيا واجتماعيا يعتبرون ذاكرتهم أفضل وأنهم أقل قلقا على ذاكرتهم على الأقل نشاطا جسمانيا واجتماعيا وقد تبين أن تغيرات المدركة تتأثر بشكل أساسي بالعمر، بينما يتأثر وسع الذاكرة عليها بالعوامل الاجتماعية.

-دراسة (كرال 1982) بعنوان: "أنواع أمراض الذاكرة لدى المسنين":

حيث تكونت العينة من 70 فرد من المسنين تراوحت أعمارهم بين (60-90) سنة وتبين من نتائجها أن حوالي 85% من أفراد العينة يحدث لهم اضطراب في الذاكرة مع التقدم في العمر، ويبدأ الاضطراب من عجز خفيف في التذكر إلى الفشل في استدعاء أسماء أو تفاصيل بعض أجزاء الخيرة إلى نوع شديد من نسيان الشيوخوخة، فيكون في زمن الاحتفاظ قصيرا وتدهور حاد في الذاكرة القريبة والبعيدة وتوهان، وأحيانا تزييف الذاكرة إلى عجز في الذاكرة يكون مرتبطا أحيانا بالحسبة والعمى الحركي وعدم القدرة على التعرف.

التعقيب على الدراسات السابقة وأهميتها وتحديد مدى الاستفادة منها للدراسة الحالية: من خلال استعراض الطالبة الباحثة للدراسات السابقة وجدت أن هناك تنوع في أهميتها وأهدافها ومنهجيتها وأدواتها وأساليبها الإحصائية ونتائجها ومدى علاقتها بالدراسة الحالية، وفيما يلي عرض لذلك:

أولاً: أوجه الاتفاق والاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة

-تباينت الدراسات السابقة من حيث طرح موضوع التكفل النفسي والرعاية للمسنين فنجد هناك دراسة (عواطف إبراهيم، 2002) قد اهتمت بدراسة العلاقة بين الرعاية والمساندة الاجتماعية للمسنين بالصحة النفسية لديهم، وقد ركزت دراسة (ستيفن 1999) على دراسة العلاقة الموجودة بين أسلوب الحياة والذاكرة وكذا تحديد العوامل الاجتماعية التي تؤثر في الذاكرة.

- وفي دراسات أخرى نجدها قد اهتمت بأهم المشاكل الصحية والجسمية والنفسية لدى المسنين المقيمين في دور الرعاية مثل دراسة:(بشير معمره، 2007) ودراسة (منى حميد حاتم، 2011) ودراسة(إبراهيم الفاروق، 2009).

- ونجد الدراسة الحالية هدفت إلى معرفة مستوى التكفل النفسي لعينة من المسنين وهي بذلك تشترك من حيث الاهداف نوعا ما مع دراسة (الزبيدي، 2012)

- واختلفت بشكل جزئي مع دراسة (مروة فاروق، 2007) من حيث أنها دراسة اعتمدت على سلسلة الرسوم التشخيصية كأداة للتقويم النفسي من خلال الفن لعينة من المسنين المصريين مرضى الإكتئاب والزهايمر.

- كما اشتركت الدراسة الحالية مع معظم الدراسات السابقة في استخدامها المنهج الوصفي التحليلي والإحصائي، باعتباره الأنسب لمثل هذا النوع من الدراسات لأنها تبحث عن مستوى التكفل النفسي والرعاية بالنسبة مثل دراسة (بشير معمره، 2007) ودراسة(منى حميد حاتم، 2011) ودراسة(مروة فاروق، 2007).

- واتفقت هذه الدراسة مع معظم الدراسات السابقة في استخدامها الاستبيان كأداة رئيسية للدراسة مثل دراسة (ستيفن، 1999) ودراسة (إبراهيم، 2009) ودراسة (عزت حجازي، 2004) ودراسة (منى حميد حاتم، 2011) ودراسة (عواطف إبراهيم، 2002).

- واتفقت مع باقي الدراسات في استعمال مجتمع الدراسة وعينتها مثل دراسة (الزبيدي، 2012) و(مروة فاروق، 2007) و(عزة حجازي، 2004) و(عواطف إبراهيم، 2002) و(منى حميد حاتم، 2001) (كرال، 1982).

- واختلفت جل الدراسات التي تم عرضها مع الدراسة الحالية من حيث حجم العينة والتي كانت أغلبها عدد كبير، في حين اقتصرت دراستنا الحالية على (30 عينة) من الأفراد المسؤولين عن التكفل بمرضى الزهايمر في الأسرة وبعض الأخصائيين والمسؤولين داخل المشفى.

ثانيا: أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة

- ساعدت الباحثة في اختيار منهج الدراسة.
- ساعدت الباحثة في اشتقاق فرضيات الدراسة.
- ساعدت الباحثة في تحديد أداة القياس المناسبة والمتعلقة بتحديد مستوى التكفل النفسي بمرضى الزهايمر المسن.

- ساعدت الباحثة في عرض ومناقشة النتائج وتفسيرها.
- توفير جهد الطالبة الباحثة بتزويد أسماء الكتب والمراجع ذات الصلة بموضوع البحث.

ثالثا: أوجه تميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة

- تتميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة المعروضة بتناولها لموضوع التكفل النفسي بمرضى الزهايمر لدى عينة من المسنين.

- تتناول هذه الدراسة موضوعا على جانب كبير من الأهمية حيث تعتبر هذه الدراسة، في حدود علم الطالبة من أوائل الدراسات التي تناولت التكفل النفسي بمرضى الزهايمر المسن.

خلاصة:

وانطلاقاً مما طرح في هذا الفصل والخاص بالخطوات المنهجية لإعداد البحث العلمي الحالي، وذلك ابتداءً بصياغة الإشكالية في إطارها النظري كما تم صياغة الفرضيات كإجابات مؤقتة لأسئلة الإشكالية، وإضافة إلى ذلك تم تحديد المفاهيم الإجرائية للبحث، ووصولاً إلى عرضنا الدراسات السابقة التي تناولت هذا الموضوع والتعقيب عليها.

الفصل الثاني:

التكفل النفسي

تمهيد

- 1- تعريف التكفل
 - 2- التكفل النفسي وبعض المفاهيم المتداخلة
 - 3- أنواع التكفل
 - 4- أهداف التكفل النفسي
 - 5- أهمية التكفل النفسي
 - 6- الأفراد المسؤولون عن الكفالة النفسية (أعيان الكفالة)
 - 7- الأخصائي النفسي الإكلينيكي
 - 8- مهام الأخصائي النفسي
 - 9- أدوات الأخصائي النفسي الإكلينيكي
 - 10- دور الأخصائي النفسي في رعاية مريض الزهايمر
 - 11- مؤسسات التكفل النفسي
- خلاصة الفصل

تمهيد:

تعد فئة المسنين فئة لا يستهان بها في أي مجتمع سواء من ناحية العدد أو القيم المرتبطة بهاته الفئة، لذلك يجب على الدولة ومؤسسات المجتمع كما في ذلك الأسرة ودور الشيخوخة ومراكز الرعاية إعطاء حيزا كبيرا من الاهتمام بهذه الشريحة وخالصة في ظل الإصابة ببعض الأمراض ذات الوقع الخطير على الشخص مثل الزهايمر الذي من شأنه يحتاج المصاب به وخاصة المسن إلى تكفل نفسي واجتماعي وكذلك المساعدة على الاندماج في الحياة الطبيعية كباقي الأفراد من هذا المجتمع، وفي هذا الفصل سوف نتطرق إلى مفهوم التكفل النفسي والأهداف التي يسعى إليها إضافة إلى بعض العناصر التي سوف يتم التطرق إليها.

1- تعريف التكفل:

- لغة:

كفل يكفل تكفيلاً أو كفالة فلان في حالة وافق عليه وقام بأموره وحافظ عليها
(المعري، 1984، ص210)

- اصطلاحاً:

هو مجموعة الطرق النفسية الذهنية الإجرائية وحتى البدنية المبدولة المستخدمة
للعناية بالأشخاص الذين يعانون من مختلف الاضطرابات سواء نفسية أو عضوية أو عقلية
وتتمثل في تدخل الأخصائي النفسي.

والتكفل النفسي قد يكون فردي أو جماعي وتختلف أهدافه حسب طريقة الإرشاد
والمساعدة والمشاكل الفردية والعائلية بالإضافة إلى مناهج إكلينيكية مستعملة كالاختبارات
والمقابلات والتكفل النفسي ليس علاجاً في حد ذاته لاضطرابات المريض الانفعالية
والسلوكية فقط بل هو علاقة العميل مع المعالج علاقة إنسانية أين تكون النفس الثانية في
استعداد لنجدة النفس الأولى والإصغاء لها وتقديم العون لها، حيث هذا التأثير هذه الذي
يحدد الطرق والكيفيات التي يستخدمها المختص المتكفل بهذه الفئة والأخذ بعين الاعتبار
الموقفين الحياديين بين الإصابة بالمرض ودرجة تقبلها أو إنكارها أو مدى فهمها أو رفضها
لدى المريض من جهة وبين القابلية للعلاج والتكفل. (العيسوي، 1989، ص30).

2- التكفل النفسي وبعض المفاهيم المتداخلة:

مصطلح التكفل متداخل مع بعض المفاهيم والمصطلحات المرادفة لذا وموجب
التطرق إليها بغرض التفريق بين كل تلك المصطلحات المتداخلة فيما بينها:

2-1- التأهيل:

حسب معجم العلوم الاجتماعية (1975) هو: "مجموع العمليات والأساليب التي
يقصد به محاولة تربية الشبان". (غانم، ص195)

وحسب أنطوان ستور: "انه فن تخفيض الهموم الشخصية بواسطة الكلام والعلاقة الشخصية المهنية". (تركي، 2007، ص102).

كما أن عملية مساعدة الأفراد على الوصول إلى الحالة التي تتيح بدنيا ونفسيا واجتماعيا بأن ينهض بما تتطلبه المواقف المحيطة. (غانم 2000، ص43).

2-2- الرعاية:

وهي الخدمة التي تقدم جهود مشتركة يمتلك القائمين عليها بها القدرة والمعرفة والمهارة التي تأهلهم لمساعدة المرضى من الأفراد أو المتحسين منهم على معاودة نشاطاتهم التي كانوا عليها قبل المرض.

كما لخصها "كورتير بايتون Cortir Bayon فكرة الرعاية وعبر عنها كالتالي: "عليك أن تنفذ إلى القلب قبل أن تنفذ إلى العقل". (عدس، 1999، ص27)

2-3- التكيف:

يعرفه عبد الله (2001) بأنه: "مجموعة من الاستجابات وردود الأفعال التي يعدل بها الفرد سلوكه وتكوينه النفسي أو بيئته الخارجية لكي يحدث انسجام المطلوب بحيث يشبع حاجاته، ويلبي متطلبات بيئته الاجتماعية والطبيعية. (بطرس، 2008، ص101)

2-4- المساندة الاجتماعية:

هي إدراك الفرد لوجود عدد كاف من الأشخاص في شبكة علاقاته الاجتماعية يمكن الرجوع إليهم، والاعتماد عليهم عند الحاجة، وهي التقييم المعرفي من قبل الفرد لوجود اتصال ثابت بالآخرين" ويتضمن هذا التعريف السلوكيات الفعلية المساندة التي يتم تقديمها من قبل الآخرين الموجودين في الشبكة الاجتماعية للفرد. (مبروك، 2003، ص185)

وتقوم المساندة الاجتماعية بدور بارز في:

- تخفيض وطأة الإصابة بالاضطرابات النفسية والجسمية.

- المساعدة على تعميق التوافق النفسي.

- تقي الفرد من الآثار السلبية لأحداث الحياة الضاغطة. (مبروك، 2001، ص78)

3- أنواع التكفل:**3-1- التكفل الطبي:**

يتكون من فرقة تحتوي على طبيب وعدد من الممرضين المساعدين حيث يتقبل الطبيب المريض ويتم فحصه ويسجل البيانات العامة حول المريض في البطاقة الطبية، كتاريخ الدخول والخروج ورقم الملف، وتكون معلقة على سرير المريض، كما يتضمن ذلك علاجاً كالحقن والمصل والأقراص أي الكفالة التي تناسب دور الممرض يبقى ثانوي مقارنة بالطبيب فهو يساعده في فترة العلاج كما أنه يساعد المريض على قضاء حاجاته من أكل أو إعطاء ما يلزمه، في حالة ما إذا كان المريض طفلاً أو مسناً وبالتالي على الممرض القيام بدور الرعاية.

3-2- التكفل الاجتماعي:

وذلك بمساعدة العميل اجتماعياً والمحيط الاجتماعي لا يخلو من المشاكل الاجتماعية، كفقدان شخص لمسكنه أو منصب عمله أو أهله، ويكون هذا التكفل من خلال إنشاء مؤسسات اجتماعية خاصة لهذه الفئات كذلك الحالات كضحايا ظاهرة الطلاق، باعتباره ظاهرة اجتماعية وحتمية النتائج.

3-3- التكفل الأطفوني:

يهتم بمساعدة المريض على تصحيح اضطرابات اللغة والكلام، كحالات عسر القراءة والكتابة وكذلك التكفل الأطفوني لأصحاب التشوهات الخلقية التي أدت إلى حصول اضطراب لغوي لديهم، أولئك الذين فقدوا الكلام من جراء صدمة نفسية تعرضوا لها نتيجة للضغوط التي فرضها عليهم المحيط أو نتيجة صراعات داخلية لم يتمكنوا من حلها. (مسيس وآخرون، 2006، ص50)

3-4- التكفل الوقائي الإندماجي:

هو ذلك التأهيل الذي يعمل على تبصير المجرم بطبيعة الجرم الذي ارتكبه وبعواقبه وأضراره فضلاً على التدخل لإعداده وتهيئته من خلال خدمات تعليمية والترفيه والجلسات

لمواجهة المرحلة الانتقالية ما بين حياة السجن للحياة العادية بالتقليل من ظاهرة العودة (ج تزول نيموشي ، 2007، ص45).

4- أهداف التكفل النفسي:

- مساعدة الفرد على حل المشكل الراهن والتخلص من الصراعات التي يعاني منها.
- إزالة الاضطرابات وتقوية الأنا وتدعيم قدرته بجعله قادر على التحكم في الحالات الانفعالية.
- زيادة شعور الفرد بالأمن النفسي.
- اكتساب الفرد أساليب أكثر فعالية لمواجهة البيئية ومشاكلها. (عبد الرحمان العيسوي، 1989، ص31).

5- أهمية التكفل النفسي:

- ضرورة أخلاقية إنسانية ودينية.
- ضرورة اجتماعية تتمثل في صيانة الأسرة وحمايتها وتدعيمها والمحافظة على العلاقات الاجتماعية الإيجابية بين الناس وحماية المرضى وأولادهم من خطر التشرد والضياع.
- وهناك دواعي سياسية تتمثل في ضرورة الحفاظ على الفكر الإيديولوجي المطلوب وتربية أبناء المجتمع على القيم والمبادئ والأفكار والنظريات الموالية للمجتمع، والتي تحافظ على المجتمع وحدته وتماسكه وبالتالي تحميه من عوامل التمزق والتفكك الاجتماعي والنفسي.
- ظروف العصر الذي تتسم بالقلق والتوتر والصراع واحترام شدة المنافسة بين أبناء المجتمع.
- ازدياد معدلات الفقر والغلاء الفاحش والبطالة والجريمة وتغيير أنماطها وخاصة جرائم الأقارب والسطو المسلح والاعتصاب.
- ازدياد مشاكل الأسرة وتفاقمها، وضعف سكانها ورقابتها وقدرتها في توجيه أبناءها مما يؤدي إلى الانحراف.
- أهمية العقل في ضبط سلوك الفرد وترشيده وتوجيهه. (العيسوي، 1997، ص21-22)

6-الأفراد المسؤولون عن الكفالة النفسية (أعيان الكفالة):

لا يعتبر المختص النفسي المسؤول الوحيد عن التكفل النفسي، رغم تمثيله للدور الرئيسي، فكل من الأسرة وخاصة الوالدين، المعلم وكل الأشخاص الذين يعيشون ويتعامل معهم العاقل وكذلك دور الدولة في توفير الإمكانيات اللازمة للتكفل بها على مستوى جميع الميادين.

7-الأخصائي النفسي الإكلينيكي:

يعرفه حامد عبد السلام زهران: "إن الأخصائي النفسي هو المسؤول المتخصص في عملية الإرشاد والعلاج النفسي، يتم إعداده من أقسام علم النفس بالجامعات ويتم تدريبه العلمي في مركز الإرشاد والعيادات النفسية أو في مختلف المؤسسات تحت إشراف الأساتذة والخبراء ويتطلب الإعداد العلمي اهتماما فهو يحتاج إلى دراسة خاصة في طرق الإرشاد والعلاج ومجالاته المتعددة. (زهران، 1997، ص 147)

8-مهام الأخصائي النفسي:

-توفير جو من الاطمئنان يساعد على البوح بأدق أسراره.
-حث العميل على مواصلة الحديث واستدعائه لأفكاره دون انقطاع لكن يكشف عن محتوى الصراعات المكبوتة.

-استنظم خبراته المهنية لمساعدة العميل على التغلب على حالة المقاومة، وإن حدث ذلك يقوم الأخصائي النفسي بعملية التشخيص ورسم الخطط والمساعدة.
-يتولى الأخصائي فحص العميل وتقرير مدى صلاحيته للعلاج والإرشاد. (زهران، 1997، ص 147)

9-أدوات الأخصائي النفسي الإكلينيكي:**9-1-المقابلة:**

وهي عبارة عن علاقة دينامية وتبادل لفظي بين شخصين أو أكثر، محورها الأمانة وبناء العلاقة العلاجية التي يسودها روح الصدق والأمانة، وللمقابلة أهداف وفقا لنوعها، فإما

أن تكون تشخيصية أو إرشادية أو استطلاعية أو علاجية. وبالنسبة لـ " CHILAND COLETTE" المقابلة هي الأداة المفضلة والدقيقة للوصول إلى فحص نفسي أو حتى في إطار بحث علمي، لكنها تؤكد أنه عمل يتجاوز جمع للمعلومة لكونه عملاً يتطلب تكويننا دائماً (CHILAND 2000, P9 -11).

9-2- الاختبارات والمقاييس:

حسب انستازي (Anastasi 1976) أن الإختبار هو أداة قياس موضوعية ومقننة لعيّنة من السلوك، و يرى براون: أن الاختبار هو إجراء منظم لقياس عينة من السلوك. (علام، 2006، ص30)

وتعتبر من أهم الأدوات في الكشف عن سلوك الفرد أو أدائه في مواقف معينة، إذ تكشف عن قدرات الفرد الخاصة، والعوامل المؤثرة في سلوكه، بالإضافة إلى كشف مشاعر الفرد وانفعالاته واتجاهاته...، وقد اعتبرت الروائر كمرافق اختبارية تساعد على ملاحظة سلوك الفرد ومشاعره تجاه هذا الموقف، وكذلك طريقته في معالجة المسائل المطروحة عليه وأسلوبه في التعاطي معها وموقفه اتجاه الفاحص.

9-3- الملاحظة:

عملية مراقبة أو مشاهدة سلوك الظاهرة والمشكلات والأحداث ومكوناتها المادية والبيئية ومتابعة سيرها واتجاهاتها وعلاقتها بأسلوب علمي منظم ومخطط وهادف، بقصد التفسير وتحديد العلاقة بين المتغيرات والتنبؤ بسلوك الظاهرة أو توجيهها لخدمة أغراض الإنسان وتلبية احتياجاته. (بلوم، 2017).

10- دور الأخصائي النفسي في رعاية مريض الزهايمر:

يعتبر دور الأخصائي النفسي مهماً لأنه يتم علاج بعض مرضى الزهايمر نفسياً، وخصوصاً في بداية ظهور أعراض المرض، وذلك عن طريق تنشيط الذاكرة عن طريق بعض الإرشادات والطرق، وعندها يقل ضمور الخلايا العصبية، وقد تم إثبات أن ضمور الخلايا العصبية من أهم أسباب تطور الزهايمر، فهذا العلاج النفسي جد مطلوب، كما أن

مرضى الزهايمر قد يصابون بالاكتئاب وخصوصا في المراحل المبكرة من المرض فيجب على الأخصائي الانتباه لذلك واختيار الطبيب عنه، وعليه القيام ببعض الإجراءات اللازمة للتكفل بهذا المريض، ومن بين المهام كذلك التي يجب على الأخصائي التي يجب القيام بها هو أن يتم تدريب سلوكي للأشخاص القريبون من المريض فهم يلعبون دورا كبيرا في العلاج.

11-مؤسسات التكفل النفسي:

11-1- الأسرة:

يعرفها مصطفى الخشاب هي الجماعة الإنسانية التنظيمية المكلفة بواجب استقرار المجتمع وتطوره.

كما عرفها رينيه كرينج هي جماعة من نوع خاص، يرتبط أفرادها بعلاقة الشعور المترابط والمساعدة المتبادلة، وبينهم أفراد وأعاون أصحاء في بناءها وتطويرها وإخراجها للمجتمع.

11-1-1- دورها: للأسرة عدة أدوار من بينها:

-أنها تعمل على رعاية الفرد من جميع النواحي أي تعتبر المؤسسة الأولى التي ينشأ فيها الفرد، حيث تتشكل فيها شخصيته الفردية والاجتماعية، حيث يكتسب الفرد لغته وعاداته وتقاليده وقيمه وعقيدته وأساليب ومهارات التعامل مع الآخرين.

-ومساهمتها كذلك في العملية التربوية إلا أنها في عصرنا الحالي قد بدأ يقلص وذلك نظرا لتعقد الحياة وتشعب شؤونها وازدياد متطلباتها وخاصة الاقتصادية منها، حيث نجد هذه الأخيرة قد فرض على كثير من الأسر ضرورة عمل الأم خارج المنزل، وقد ينتج عن غياب الوالدين ساعات طويلة عن المنزل في العمل ضعف دورهما في تربية الأطفال وأفقد جزءا من الرعاية الأسرية اللازمة، وقد أدى هذا مع مرور الوقت إلى تخلي الأسرة عن بعض مهماتها إلى مؤسسات اجتماعية أخرى كدور الحضانة ورياض الأطفال دور الرعاية لمسنين.

(استيتية، 2012، ص267-270)

11-1-2- دور الأسرة في رعاية مريض الزهايمر:

لقد أوصى الدخيل الأسر التي تقدم رعاية للمريض أن تتقف نفسها عن المرض وذلك عن طريق القراءة وجلب الكتب الخاصة بمرض الزهايمر، وحضور برامج تدريبية متخصصة بالعاية بمريض الزهايمر وكيفية التعامل معه والالتحاق بجماعات التعلم الذاتي للمريض وأسرهم، فعلى كل فرد من أفراد العائلة أن يهتم لشؤون واحتياجات المريض واستخدام الكلمات اللطيفة أثناء مخاطبته.

وأكد الدخيل أن الاعتماد على جلب شخص من غير العائلة لمراقبة وعناية المريض يتطلب متابعة مستمرة لهذا الغريب حتى لا يتعرض المريض لسوء المعاملة، ولا بد من مراجعة المتخصصين بهذا المجال واستشارتهم، والاهتمام بنوعية وجودة الغذاء الصحي الذي يقدم للمريض والبعد عن الأغذية المشبعة بالدهون وتنفيذ الخطة العلاجية التي تم وضعها من قبل الأطباء المعالجين.

وأضاف قائلاً أن التواصل البصري يعد إحدى أهم نقاط التواصل عند التعامل مع مريض الزهايمر، ولفت إلى أن مرض الزهايمر يعيشون في عالم خاص بهم، لذلك لا بد من التحقق عند إجراء أي حوار معهم أنهم يدركون أن شخصا يتحدث إليهم.

فالدعم والرعاية والحنان هو مفتاح لجعل المصابين يعيشون حياة آمنة وسعيدة حتى وإن لم يتمكنوا من التعرف على البيئة المحيطة بهم.

11-2-2- دار رعاية المسنين:

هي عبارة عن مبنى للسكن يتم فيه الاهتمام بكبار السن الذين تزيد أعمارهم عن 65 سنة، وقد تقبل أيضا بأقل من هذا العمر في حالات معينة، وتقدم الدار الرعاية اللازمة لكبار السن من حيث السكن والترفيه والراحة النفسية، حيث توفر للمسنة فيها الرعاية المنزلية الكاملة، والدعم والعناية الشخصية، ويمكن تعريفها بأنها المؤسسة السكنية التي تقدم الرعاية الطبية للمسنين الذين يبلغون من العمر 65 عاما والرعاية الطبية التي يحتاجونها. (عبد الرحمان ولجين ، 2015، ص18).

ومن بين المهام التي تقوم بها هذه الدار هي:

- تستقبل في مراكزها كبار السن الذين أعجزتهم الشيخوخة عن القيام بشؤون أنفسهم أو أعجزهم المرض بسبب إصابة في العقل أو البدن جعلتهم غير قادرين على رعايتهم أنفسهم.
- توفير الرعاية الكاملة للمسنين والتي تشمل على الرعاية الصحية والاجتماعية والنفسية والعناية الشخصية وإشغال أوقات الفراغ لدى المسنين ببعض الأعمال اليدوية والفنية، والقيام برحلات ترفيهية للقادرين من أجل دمجهم بالمجتمع الخارجي.
- تأمين الإيواء المناسب الآمن اللائق للمسنين كالمأكل والمشرب، والملبس والسكن وإدماج المسنين بالمجتمع الخارجي وفي الحياة الاجتماعية العامة.
- مساعدة المسنين في التغلب على المشكلات التي تواجههم ووقايتهم من الأمراض الناتجة عن الشيخوخة وذلك بالاستعانة بوزارة الصحة والتعاون معها.
- الترفيه عن المسنين وذلك بإجراء لقاءات معهم، والخروج في رحلات دينية أو ترفيهية للقادرين منهم على ذلك. (الحجامي، ص35).

خلاصة الفصل:

ونخلص إلى أن التكفل النفسي هو مجموعة من التقنيات النفسية العلاجية التي تهدف إلى التخفيف من شدة الأعراض والتكيف مع الوضعية، كما أن التكفل يهدف إلى تقديم يد العون وإعادة إدماج المريض اجتماعيا وعائليا، وكذلك العمل على مساعدة أهل المريض من خلال الإرشادات والنصائح والتوجيهات الخاصة بفهم احتياجات ومتطلبات المريض الذي يعاني مرض الزهايمر، حيث نجد في الأخير كل من الأسرة والمستشفى قد ساهموا ولو بالشيء بالتقليل من معاناة هؤلاء المرضى بولاية المسيلة.

الفصل الثالث:

المسنين (الشيخوخة)

تمهيد

- 1 - مفهوم الشيخوخة
- 2 - تاريخ بداية الاهتمام بمرحلة الشيخوخة
- 3 - احتياجات مرحلة الشيخوخة
- 4 - الخصائص والتغيرات المصاحبة لمرحلة الشيخوخة
- 5 - أهم مشكلات مرحلة الشيخوخة
- 6 - أسباب مشكلات الشيخوخة
- 7 - النظريات المفسرة لمرحلة الشيخوخة
- 8 - علاج مشكلات مرحلة الشيخوخة

خلاصة

تمهيد:

تعتبر مرحلة الشيخوخة هي آخر مرحلة من دورة حياة الأفراد، حيث يصبح فيها الانحدار في القدرات الوظيفية البدنية والعقلية واضحا ويمكن قياسه وله آثاره السلبية على العمليات التوافقية وذلك على مستوى جميع النواحي.

وعليه نتطرق في هذا الفصل إلى التعريف بهذه المرحلة وكذا احتياجاتها وأيضاً خصائصها والتغيرات التي تحدث فيها مشكلاتها، النظريات المفسرة لها وما إلى ذلك من عناصر.

1 - مفهوم الشيخوخة:

الشيخوخة عند بعض العلماء لها معنى مزدوج تعني الشيخوخة والتقدم في العمر، فمصطلح الشيخوخة يعبر عن التقدم في العمر البيولوجي، أما التقدم في السن فيعبر عن تقدم في العمر الزمني. (Cassau,1997, P5)

فالعمر البيولوجي يستخدم في تحديد بداية الشيخوخة العضوية، هو مقياس وصفي يقوم على أساس المعطيات البيولوجية لكل مرحلة مثل: معدل الأيض ومعدل نشاط الغدد الصماء، وقوة دفع الدم والتغيرات العصبية... الخ. (حمو علي، 2012، ص79)

أما العمر الزمني فتم تقسيم الشيخوخة على أساسه إلى أربع مستويات:

-المستوى الأول: ويسمى فترة ما قبل التقاعد ويمتد من 55 إلى 65 سنة .

-المستوى الثاني: ويسمى فترة التقاعد 65 سنة فأكثر .

المستوى الثالث: ويسمى فترة التقدم في العمر (OLDAGE) وتمتد من 70 سنة فأكثر

-المستوى الرابع: فترة الشيخوخة والعجز التام والمرض والوفاة والتي تمتد إلى غاية 110 سنوات فأكثر. (معمرية وخرار، 2009، ص75) .

والعمر الاجتماعي (Social age) ويقاس بأداء الأدوار الاجتماعية وعلاقات الفرد ومدى توافقه الاجتماعي.

أما العمر النفسي: (Psychological Age) ويتقدم في تحديد الشيخوخة النفسية، وهو مقياس وصفي يقوم على مجموعة من الخصائص النفسية والتغيرات في سلوك الفرد ومشاعره وأفكاره. (محمد خليفة، 1991، ص13-14).

أما اشتقاق اللفظ فيرجع إلى شاخ شيخا والشيخ من أدرك الشيخوخة وهي غالبا عند 50 وهي مرحلة فوق الكهولة ودون الهرم وهو ذو المكانة أو الفضل أو الرياسة. (الغلبان، 2008، ص36) .

وهناك مجموعة من العلماء تأخذ بالتقسيم الآتي:

أ- **الكهول**: من 60-75 سنة ومازال يسهم في مجالات الحياة المختلفة بالحيوية.
 ب - **الشيخ**: من 75-85 بحيث تضعف قدرته على المساهمة في مجالات الحياة وغالبا ما يلزم بيته.

ج -**الهزم**: من 85 عام فأكثر وغالبا ما يرقد في فراشه.

د -**المعمر**: هو من بلغ سن 100 فأكثر (الهيل، 2014).

ويمكن تعريف الشيخوخة على أنها عملية بيولوجية حتمية، وتمثل ظاهرة من ظواهر التطور أو النمو التي يمر بها الإنسان، إذ أنها تعني مجموعة من التغيرات المعقدة في النمو التي تؤدي مع مرور الزمن إلى تلف التركيب العضوي في الكائن الحي وبالنهاية إلى موته.(فاطمة زروال، 2013، ص25).

فالشيخوخة تتوافق مع جميع العمليات الفيزيولوجية والنفسية التي تغير هيكل وظائف الكائن الحي، وهو نتيجة تأثيرات العوامل الوراثية والبيئية التي يتعرض لها الجسم طوال حياته. (Calment, 2009, P5)

ويعرف شاي Choui التقدم في العمر بأنه التدهور التدريجي في قدرة الفرد على التكيف مع التغيرات التي يواجهها وتفرضها الحياة.(صيام، 2010، ص42). ويرى كندال Crandail أن الشيخوخة هي فترة الانحدار التدريجي في حياة الإنسان وطبقا للقاموس الطبي فإن الشيخوخة تعني كل من ما شأنه أن يحدث ويؤثر على الإنسان في الجوانب الصحية والنفسية والاجتماعية عند كبار السن.(سيد فهمي، 2007، ص23).

أما المسن فقد عرفه جيمبرز Chambers بأنه الشخص الذي عاش عمرا طويلا استطاع من خلاله أن يكسب خبرات كثيرة ومتنوعة لا تكون عند الشباب ومتوسطي العمر وعادة يحال على التقاعد بسبب النقص الحاصل في قدراته الجسمية والعقلية.(Chambers, 1985, P401).

وقد تحدث له تغيرات طبيعية في البصر، والسمع ووظيفة خلايا المخ وربما تغيير في النظرة والفكر والذاكرة، ولكن الانخفاض الكارثي في قدراته العقلية غالبا ما يكون نتيجة لمرض وليس لعملية الشيخوخة الطبيعية. (Gerrard, 2002, P15).

وترى الباحثة أن مصطلح الشيخوخة يطلق على المرحلة النهائية التي يمكن أن يصل إليها الفرد وحيث تتميز بمجموعة من التغيرات التي تتسم بالضعف البدني والذي يمكن ملاحظته من خلال التغيرات الخارجية كتلون صبغة الجلد والشعر وكذلك التغيرات الداخلية كفقدان مرونة الأوعية الدموية وغيرها وكذلك التغيرات الفعلية والمتمثلة في النسيان وخاصة الذاكرة القريبة، وكذلك في الضعف النفسي والاجتماعي، حيث هذه التغيرات تولد حاجات لدى المسنين يسعى لإشباعها وكذلك مجموعة من المكملات التي يسعى إلى التغلب عليها.

2- تاريخ بداية الاهتمام بمرحلة الشيخوخة:

هناك اهتمام واضح بالشيخوخة من قديم الزمان، فالأساطير والآداب العالمية تزخر بالكثير من اللوحات الأدبية التي تصور الشيخوخة بكل آلامها وعجزها.

ويعد الخطيب الروماني سيشرون Cicero الذي عاش في القرن الأول قبل الميلاد أول من اهتم بالخواص السلوكية للكبار والأعمال المناسبة لهم، وترجمت رسالته إلى اللغة الإنجليزية عام 1959.

كما نجد اهتمام العرب بدراسة كبار السن، فقد كتب حاتم السجستاني في رسالته عن المعمرين سنة 865 ميلادية. (السيد، 1975، ص336) وألفت كتابات "وليم شكسبير" و"فرانسيس بيكون" الضوء الأخضر على المظاهر الجسمية والنفسية لمرحلة الشيخوخة واعتبرها مرحلة الطفولة الثانية.

ويعتقد بأن أول كتاب نشر بالانجليزية عن الشيخوخة قد أصدره "سيبرجون فلوير" عام 1724 ووصف فيه في حالة الجسم والعقل في مرحلة الشيخوخة. (سيد فهمي، 2007، ص20).

وبدأ الاهتمام بإجراء الدراسات العلمية عن الشيخوخة منذ سنة 1860 عندما نشر فلورانس (Flourens) كتابه عن الشيخوخة البشرية وتوزيعها السكاني على سطح الكرة الأرضية. (مها محمد البربري، ص32).

وقد دفع هذا الباحثين النفسانيين إلى دراسة أثر الزمن على تغير خواص الإنسان البيولوجية والنفسية والاجتماعية، وكان لهذا الاتجاه أثره على الاهتمام بالمؤتمرات الدولية وحلقات الدراسة الخاصة ببيكولوجية الكبار حيث أقيم أول مؤتمر دولي حول الشيخوخة في الاتحاد السوفياتي عام 1938. (محمد سيد فهمي، 2008، ص42). ثم أخذت الدوريات العلمية في نشر تقارير وأبحاث عن التقدم في السن، ولقد صدر جرنال الشيخوخة في عام 1945 (Journal of géronotology) بواسطة جمعية الشيوخ في الولايات المتحدة الأمريكية، وكانت تنشر مقالات وأبحاث ذات صلة بالعلوم البيولوجية والطب العلاجي، وعلم النفس، وعلم الاجتماع، والخدمة الاجتماعية. (عبد الرحمان العيسوي، ص9-10).

نشر حوالي 60 ألف بحث حول المسنين بين عامي 1959 و1975، وفي أوروبا صدرت مجلة عن المسنين عام 1956، ثم أنشأت جمعية دولية عن المسنين، وتوالى إجراء البحوث وإصدار الكتب عن المسنين والشيخوخة، مثل كتاب "الشيخوخة والسلوك" لمؤلفه (بوتواينك Botwinick) عام 1973، وكتاب "الشيخوخة في الثمانينات: قضايا نفسية" لمؤلفه (بون Poon) عام 1980، وكتاب صور الشيخوخة لمؤلفه "فيثر ستون، ويرنيك (Featherdton and wernineck) عام 1995، والذي نبه إلى أهمية دراسة الشيخوخة في ثقافات مختلفة، والمسألة الرئيسية فيه أن العمر والشيخوخة كمفهومين يتحدد معناهما اجتماعيا ثقافيا على الرغم من ارتباطهما بالظاهرة البيولوجية، كما أن العمر الاجتماعي، إنما هو مفهوم نسبي يختلف في محيط الثقافات المختلفة. (بشير معمرية، 2009، ص76).

ولقد كانت لموجة تطور العلوم واتساع نطاقها وشمولها في العصر الحديث وأثرها في التوجه إلى دراسة الشيخوخة بشكل علمي أصبح لها نصيب من الاهتمام العلمي الحديث، واتجه المجتمع عارفا بمسؤولياته متحملا في عدة بلدان من أنحاء العالم، اتجه إلى دراسة

مشكلات واحتياجات هؤلاء الشيخوخ، فأنشأت العديد من المراكز المتخصصة وأصدرت الكثير من الدوريات التي تعالج حالة هؤلاء الشيخوخ، فأنشأت العديد من المراكز المتخصصة وأصدرت الكثير من الدوريات التي تعالج موضوع المسنين وأصبح المجال مفتوحاً أمام الباحثين في مختلف التخصصات العلمية لدراسة تلك الفئة العمرية (عيسى صيام، 2010، ص42).

3- احتياجات مرحلة الشيخوخة:

إن احتياجات المسنين عبارة عن ضروريات فردية مترتبة عن الخصائص البيولوجية والنفسية، وطبيعة العلاقات الشخصية المميزة لمرحلة الشيخوخة، وإن إشباع تلك الاحتياجات كفيل بتحقيق توافق اجتماعي أفضل وتحقيق الأهداف المجتمعية في نفس الوقت، وعلى هذا فإن احتياجات المسنين لا تقتصر على ما يتطلبه الفرد لشخصه فحسب، وإنما يمتد إلى ما تتطلبه الأهداف المجتمعية. (أمزيان، 2005، ص64).

وسنعرض حاجات المسنين فيما يلي:

أ - حاجات الشيخوخ إلى أن يفهموا أنفسهم إذ تعوز الغالبية منهم، الإحاطة بما يتصل بعملية النضج والتقدم في العمر، حتى يمكنه إدراك المتغيرات التي تطرأ على طاقاتهم العقلية والبدنية وبناء شخصياتهم مما يؤثر على أحوالهم النفسية وأدوارهم في المجتمع، الأمر الذي يعد جوهرياً بالنسبة لتكيفهم، وفي ذات الوقت فهم حاجاتهم إلى الحصول على خبرات ومهارات وتجارب جديدة كأساس للأنشطة المختلفة التي يمكنهم ممارستها عند وصولهم إلى سن التقاعد، مثال ذلك شغل أنفسهم بالأعمال والخدمات الطوعية وإتاحة الفرصة لهم للإشباع الروحي والثقافي والترجيبي، وغير ذلك من النشاطات التي تحول دون التدهور البدني والعقلي لهم وتهيئ أطول الفرص أمامهم للمواطنة الصالحة. (سيد المنصور، الشريبي، 2000، ص203)

ب - يحتاج المقبلون على سن التقاعد إلى التعرف على فرص العمل والتطوع بعد التقاعد، كما يحتاجون إلى التعرف على طرق المحافظة على الصحة الجيدة وإتباع أساليب معيشية

تلاءم التقدم في السن، وطرق تجنب الأمراض المزمنة والوقاية منها كما يحتاجون إلى تأمين الموارد المالية اللازمة عن طريق تنظيم صرف المعاشات والمساعدات الحكومية والرعاية الطبية. (وجدي محمد بركات، 2009، ص8).

ج- يحتاج المسنون إلى توفير علاقات اجتماعية سواء داخل الأسرة أو خارجها، يستدعي ذلك توعية المجتمع بأمراض الشيخوخة ومشكلات المسنين، وإن فكرة السائدة عند بعض الأشخاص أن كبار السن فئة غير منتجة وليست لديها أي قدرات يمكن تنميتها أو يمكنها الإسهام بأي جهد، وهكذا يسخر الناس من قدرتهم على مشاركتهم في التنمية، الأمر الذي يؤدي بهم إلى الغرس في أنفسهم الإحساس بالنقص والإحباط والقلق ينتج عنها كل اضطرابات الشخصية والأمراض النفسية والجسدية والعقلية. (حمو علي، 2012، ص91)

3-1 - الاحتياجات النفسية للمسن:

وتتمثل تلك الحاجات النفسية في الاحتياجات التي يحتاجها الفرد ليعيش في أمان مع نفسه ومع الآخرين متحررا من الضغوط النفسية، ومن أهم هذه الحاجات الشعور بالأمن والحاجة إلى التقدير والحاجة إلى الشعور بالعطف والمحبة، أي إشباع الجانب الوجداني للفرد، فهو محتاج دائما إلى أن وأن يحب وأن يعترف به، ويحس أنه ذو نفع للجماعة وأنها في حاجة إليه مما يؤدي إلى إحساسه بكيانه. (محمد بركات، 2009، ص9)

3-2 - الاحتياجات الاجتماعية للمسن:

يحتاج المسنون إلى تعزيز علاقاتهم الاجتماعية وذلك لمواجهة كل التغيرات الاجتماعية وفي مقدمة ما يحتاج إليه المسن تدعيم العلاقات الأسرية في مواجهة تغير العادات والتقاليد من جيل إلى جيل وما يترتب عليه من آراء واتجاهات مختلفة بين جيل الأجداد والأحفاد. (زررال، 2013، ص74)

فالإنسان يعاني من الحرمان الاجتماعي عندما يفقد القدرة على الحرية والاتصال الاجتماعي طبقا لحاجته ورغباته، والمسني يعتبر من أكثر فئات المجتمع تعرضا للحرمان

الاجتماعي نظرا لقلّة مواردّه الماليّة وضعف قواه الجسديّة ويزيد من حدة المشكلات الاجتماعيّة. (محمد بركات، 2009، ص11).

4- الخصائص والتغيرات المصاحبة لمرحلة الشيخوخة

4-1- التغيرات الفيزيولوجية والبيولوجية:

يرى قناوي (1987) أن الشيخوخة هي نمط شائع من الاضمحلال الجسمي في البناء والوظيفة يحدث بتقدم السن لدى الكائن الحي بعد اكتمال النضج، وتعتري هذه التغيرات الاضمحلالية المساييرة لتقدم السن كل الأجهزة العضوية والفيزيولوجية. (جولتان وعطاف، 2000، ص115) وتتضمن هذه التغيرات مايلي:

- تغير معدل الأيض: هو عملية تعتمد على عمليتي البناء والهدم الجسمي، ولهذا الأيض علاقة مباشرة بقدرة الجسم على تحديد نفسه، حيث يميل معدل الأيض 38 سعة في الساعة بالنسبة للراشدين ويهبط إلى 35 سعة في سن السبعين، ويقلل في هبوطه في نهاية العمر، ويؤدي هذا الهبوط إلى تغلب عوامل الهدم على عوامل البناء في الجسم.

- تغير معدل نشاط الغدد الصماء: حيث يهبط معدل إفراز هرمونات هذه الغدد بشكل واضح كلما تقدم الفرد في العمر.

- تغير قوة دفع الدم: تتناقص القوة الدافعة للدم تبعا لزيادة العمر الزمني، وتقاس هذه القوة باختبارات خاصة في جميع المراحل الزمنية للحياة. (محمد خليفة، 1997، ص22).

- تغير السعة الهوائية للرئتين: حيث تقل نسبة الهواء في عمليتي الشهيق والزفير بها لزيادة السن تتناقص في السعة الهوائية للرئتين تبعا لزيادة العمر الزمني، وتقل قدرة الإنسان على التنفس في انحدار حتى يميل الفرد إلى الشيخوخة فتتقص هذه القدرة 25% عما كانت عليه في الرشد.

- تغير في الجهاز الهضمي: أوضحت نتائج الدراسات حول تأثير الشيخوخة على أعضاء الجهاز الهضمي والكبد أنه يوجد انخفاض ملحوظ في كمية إفراز اللعاب وقدرته الهضمية كما أن هناك انخفاض في إفراز المعدة لحمض الهيدروكلوريك وأنزيمات الهضم، وقصور

الأمعاء الدقيقة على امتصاص المواد الغذائية وضعف الأمعاء الغليظة على للتفريغ. (عيسى صيام، 2010، ص45)

4-2- التغيرات والخصائص السيكولوجية:

تتمثل التغيرات السيكولوجية لدى المسنين في ظهور مشكلات في الصحة النفسية والتي يتمثل أهمها في: الاعتمادية والعدوانية وضعف الثقة بالنفس والحساسية الزائدة بالذات والمعاناة من نوبات البكاء أحيانا، كما تتميز انفعالاتهم بأنها ذاتية المركز والخمول وبلادة الحس، وضعف القدرة على التحكم فيها كما يتميزون بالعناد وصلابة الرأي، ويغلب عليهم التعصب وتوخي الحرص والحذر. (جولتان وعطاف، 2000، ص116).

وفيما يلي سوف نعرض الخصائص السيكولوجية لمرحلة الشيخوخة:

- تغير الشيخوخة والحالة النفسية للفرد مع التقدم في العمر: حيث يقول اريكسون Erikson أن الفرد منا يمر بثماني مراحل كل منها تطورا جديدا في شخصية الفرد وعلاقته بالآخرين، وآخر هذه المراحل هي مرحلة التكامل في مقابل اليأس وهي أزمة الشيخوخة وإحساس الفرد بأن هويته قد تحددت بما فعل، فإذا كان ما فعله يبعث على السعادة والإحساس بالإنجاز فإنه سوف يتجاوز هذه المرحلة بنجاح و هو يشعر بالرضا والتكامل.

أما إذا كانت نظريته لماضيه تتسم بالإحباط وخيبة الأمل فسوف يشعر باليأس ويرى ضرورة أن يقلل المسنون حمية كبر السن والتغيرات المصاحبة له وأن يواجهها هذه الظروف بنضج الأنا ودون يأس. (الغلبان، 2008، ص43).

- القدرات العقلية: إن ما نلاحظه من ضعف في مرحلة الشيخوخة أو خطأ في التفكير إنما مرده إلى ما قد يحدث في عطب في التفكير نتيجة ضمور خلايا المخ أو بسبب حدوث مرض بها وإصابته بحادث أو قد يرجع التفكير إلى عدم تغذية المخ بالخبرات المعرفية الجديدة، كما يؤدي إلى التغيير في النشاط العقلي لدى المسنين في القدرات العقلية كالإدراك والتفكير، التذكر والتخيل والتميز في القدرة والذكاء والأداء النفسي الحركي وغير ذلك مع تقدم العمر كما إن للسن تأثير على مختلف الجوانب العقلية العامة والذاكرة قصيرة المدى

كانعدام القدرة على تنظيم عملية الاقتران ونقص القدرة على الانتباه نظرا لضعف القدرة على التعلم والاكساب.(حمو علي، 2012، ص88).

4-3-التغيرات والخصائص الاجتماعية:

هناك العديد من التغيرات المصاحبة لمرحلة الشيخوخة بوجه عام، والتقاعد عن العمل بوجه خاص ومن مظاهر هذه التغيرات فقدان العلاقات الاجتماعية.(محمد خليفة، 1997، ص24).

والتي ترتبط عند الشيخوخة بناحيتين أساسيتين الناحية الأولى التكوين الزمني الداخلي للشيخ والناحية الثانية الظروف الاجتماعية المحيطة بالشيخ والإطار الاجتماعي الذي يندرج في نطاقه.(ميخائيل، 2000، ص76).

وقد نتج عن هذا التغيير مظهر جديد في حياة الإنسان المسن ألا وهو الفراغ والعزلة والشعور بالغرابة وذلك نتيجة لانسحاب المتبادل بين المسن والمجتمع الذي يؤدي إلى ضيق الانفصال بالمجتمع وإلى تدهور المشاركة الاجتماعية لديه وهذا ما يسمى باغتراب المسنين عن المجتمع وهذا عائد إلى فقدان الأدوار الاجتماعية المتمثلة في رعاية الأبناء والأسرة.(حمو علي، 2012، ص90).

وتختلف التغيرات الاجتماعية باختلاف الإطار الحضاري والثقافي الذي ينتمي إليه الفرد والتصورات والاتجاهات السائدة نحو المسنين، كما ترتبط بسمات شخصية المسنين والجنس، والمكانة الاجتماعية المستوى الاقتصادي والتعليمي وغير ذلك من التغيرات.(عيسى صيام، 2010، ص47).

ومن خلال ما تم عرضه يمكن القول بأن مجموعة التغيرات الحاصلة في مرحلة الشيخوخة والمتمثلة في التغيرات البيولوجية والفيزيولوجية والنفسية والاجتماعية وغيرها جديرة بالاهتمام والدراسة وهذا كله بهدف التخفيف من الآثار النفسية والاجتماعية للمسنين وذلك على مستوى جميع النواحي.

5- أهم مشكلات مرحلة الشيخوخة:

سوف يتم عرض بعض المشكلات الصحية والنفسية والاجتماعية للشيخوخة، والتي تحتاج إلى رعاية القائمين على شؤون الشيخوخة والمسنين داخل الأسرة من الأبناء والأحفاد والأقارب أو من المسؤولين في المجتمع:

5-1- المشكلات البيولوجية:

حيث تبقى أهم التغيرات البيولوجية في مرحلة الشيخوخة هو ذلك التدهور في البناء الجسمي للمسنين الذي يدل على تناقص القدرة الوظيفية لأعضاء الجسم، وبالتالي التناقص المستمر في قدرة الجسم على مقاومة المؤثرات الخارجية، وما ينتج عن هذه التغيرات البيولوجية جملة من المشكلات الجسمية التي تصنف إلى: (ناصرى، 2012، ص 61).

- **مشكلات جسمية مورفولوجية:** حيث يظهر التعفن في البشرة وخاصة في الوجه والرقبة والأطراف ويصبح الجلد جافا متجعدا مع انتشار الكثير من البقع عليه إلى جانب زوال اللون الطبيعي للشعر فينقلب رماديا ثم يشيب أو يسقط تماما، بالإضافة إلى قلة انتصاب القامة لانحناء العمود الفقري وكل هذه التغيرات لها تأثيرها الفعال على صورة الجسم كما يدركها المسنون.

- **مشكلات جسمية وظيفية:** تتمثل في عدم قدرة المسن على التحكم في قوة حواسه حيث تضعف قوة البصر ومداه، وتتضاءل قوة السمع، كما تبرز الاضطرابات الكلامية نظرا لتساقط الأسنان أو التشوهات في سقف الحلق بالإضافة إلى ضعف القوى البدنية والحركية بصفة غامضة، مع ضمور العضلات وتيبس المفاصل، وضعف قدرة الأجهزة الهضمية والدورية والتنفسية والدورية على القيام بوظائفها. (عبد المعطي، 2005، ص 17-18).

- **مشكلات صحية:** تتوقف الحالة الصحية لكبار السن على العديد من العوامل الاجتماعية مثل: المستوى المعيشي والمستوى التعليمي وارتفاع مستوى الصحة العامة، كما أن للحالة الصحية تأثيرا كبيرا على المسن في العديد من الجوانب مثل القدرة على العمل والاشتراك في الأنشطة الترفيهية وعلاقاته الاجتماعية والدخل والزواج، فهناك ارتباط وثيق بين الصحة

الجسمية والصحة العقلية أي أن هناك علاقة بين المرض الجسدي والمرض العقلي، إذ لا يمكن الفصل بينهما وكل منهما يؤثر على الآخر. (أمزيان، 2005، ص57).

وتتضمن التغيرات الجسمية المصاحبة للشيخوخة تناقصا في حدة الحواس وفي القدرة على الوظيفية التنفيذية بسبب تناقص القدرة الحركية وتغيرا في القدرة التكاملية للجهاز العصبي وتغيرا في المظهر الجسدي الذي بدوره يؤثر على المكانة والدور الاجتماعي والدور الاقتصادي، ومن الشائع أيضا فقدان كتلة العضلات وتناقص مرونة الأنسجة الرابطة، وحدوث تغيرات مرضية في المفاصل وبعض تراكيب العظام وتقوس في السلسلة الفقرية، الأمر الذي يحدد بشكل واضح حركة المتقدمين في السن. (زروال، 2012، ص66).

ومن بين الأمراض التي تصيب المتقدمين في السن نجد: إضرابات الجهاز الهضمي والتنفسي وارتفاع ضغط الدم، تصلب الشرايين المخ مما ينتج عنه ضمور في خلايا المخ وأعراض الشلل، والنزيف المخي... كما يحدث اضطرابات للوظائف البيوكيميائية كحالات شلل الكلى والكبد أو ارتفاع ضغط في الدم، ومرض السكر وسلس البول. (عبد المعطي، 2005، ص18).

5-2- المشكلات السلوكية:

تتركز في الآتي: القلق والتوتر، الاكتئاب والتهيج، العجز عن الالتحاق بأي عمل، فقدان الهدف في الحياة، فقدان النفوذ والمكانة الاجتماعية وسط المحيطين بهم. (الحجامي، 2004، ص116).

كما قد تتضمن المشكلات السلوكية الإحساس بالنهاية فالخوف من الموت المفاجئ يخلق لدى المسنين بعض المشكلات القيمية والدينية، والخوف من ألا يتسع الوقت للمسن التوبة والتكفير عن خطاياهم بالإكثار من العبادة والتقرب إلى الله بشتى السبل. (عبد المعطي، 2005، ص23).

ونذكر من بين المشكلات السيكولوجية ما يلي:

- مشكلة الاكتئاب: حسب منظمة الصحة العالمية هناك عدد كبير في العالم من المسنين الذي يعانون من اضطرابات اكتئابية وأن هذا التزايد قد يعود للأسباب التالية:
 - تزايد متوسط عمر الفرد بسبب ارتفاع متوسط أصل الحياة عند الولادة.
 - تزايد الأمراض المزمنة المؤدية إلى الاكتئاب الثانوي.
 - تزايد استعمال الأدوية التي لها آثار جانبية المؤدية للاكتئاب مثل: أدوية ضغط الدم المرتفع.
- سرعة التغير الاجتماعي الذي يعمل على زيادة الضغوط النفسية المعروف بأنها تعجل بحدوث الاضطرابات الاكتئابية كما يساعدها على استمرارها.
 - *الشعور الذاتي بعدم الثقة وعدم الجدوى في الحياة: إن الشعور بأن الآخرين لا يقبلونه ولا يرغبون في وجوده، وما يصاحب ذلك ضيق وتوتر، وقد يقدم بعضهم على الانتحار.
 - *الشعور بقرب النهاية: فقد يعي بعض المسنين وأنهم ينتظرون النهاية والقضاء المحتوم ويتحسرون على شبابهم وقد يعانون قلق الموت.
 - *فقدان السيطرة: يشير هذا المصطلح في شعور الفرد بأنه لا يستطيع التأثير على المواقف الاجتماعية التي يتفاعل معها المسن بالاغتراب في درجة عالية إذ أنه يرتبط بدرجة الفهم والإدراك للتنبؤ بعوائد وعواقبه. (أمزيان، 2005، ص62)
 - *الوحدة النفسية: الوحدة التي نعنيها هي الشعور هي الشعور المؤلم بعدم التمتع بعلاقة فيها قرب و أخذ وعطاء، وتقل المسنين الذين يعانون من هذه الشكوى إلى ثلث، بينما عشرة في المائة من المسنين تقل الوحدة فيه إلى المستوى المشكلة الحقيقية، ومن سبل مقاومة الوحدة التي تساعد المسنين نجد: تعدد الاهتمامات، الخروج إلى الناس والاقتراب والبقاء قريباً من الآخرين ويتطلب هذا مهارات اجتماعية ونفسية عديدة. (عاشور، 2009، ص37).

5-3- المشكلات الاجتماعية: باعتبارنا مخلوقات بشرية نعيش في وسط اجتماعي نقول أن العلاقات الاجتماعية دورا هاما في حياتنا اليومية خاصة لدى الفئة المسنة سواء داخل نطاق الأسرة مع الزوجة والأبناء أو خارجها مع الأصدقاء، وسوف نتطرق لها على النحو التالي:

*مشكلات في العلاقات الأسرية: تعتبر العلاقات الأسرية عنصرا اجتماعيا هاما للحفاظ على تضامن الأسرة وتماسكها، حيث كلما قويت العلاقات الأسرية وساء التوافق بين أفرادها عم الاستقرار المساعد على تقوية كيان الأسرة ونجاح أفرادها في أداء وظائفها على تنوعها ومن بين المشكلات التي يواجهها الشيخ والمسنون نتيجة العلاقات الأسرية التي قد لا تكون في مسارها الطبيعي.

- الشعور بالفراغ والوحدة

- القلق بسبب التحول في المكانة الاجتماعية داخل الأسرة

- رتابة الحياة خاصة عند التوقف عن العمل وانكماش الأعباء المنزلية أو الأسرية-

الحساسية الناجمة عن الشعور بافتقاد اهتمام الأهل والأقارب

- المشكلات النفسية التي قد تتحول إلى حالات مرضية

- المشكلات الصحية والاقتصادية. (أمزيان، 2005، ص59)

* تقليص العلاقة بالأصدقاء:فبعد انحصار وانكماش العلاقات القريبة يبدأ أيضا انحصار الصداقات ورفاق الجيل لأسباب منها: الوفاة أو الانتقال للحياة في مكان آخر أو بدل آخر أو الانصراف لشؤون الحياة، أو بالعودة في المنازل بسبب فقدان الدافع للخروج والاختلاط بالآخرين. (عبد المعطي، 2005، ص22).

* مشكلات وقت الفراغ: يترتب على عد موجود ما يشغل الوقت الضائع عند الشيخ أو العمل المناسب أو التقاعد أو فقدان العمل أو فقدان الرفقة أو عدم القدرة على اختيار قرائن جدد أو تقلص الدور الاجتماعي في الحياة الأسرية والاجتماعية أو عدم القدرة على استغلال الطاقة واهتمامات يترتب على هذا كله مشكلات تؤثر على الحياة النفسية والاجتماعية عند الشيخ المسنين. (سيد المنصور، الشربيني، 2000، ص150).

هذا ونلاحظ أن هناك طرق سلبية وأخرى إيجابية في شغل أوقات فبينما يعتبر الاستماع إلى الراديو أو مشاهدة التلفاز أو القراءة نشاط سلبيا لا تستدعي من المسن القيام بنشاط حركي معين، فإن التردد إلى أماكن التقاء الأصدقاء أو ممارسة بعض الأنشطة الرياضية تعتبر من الأنشطة الايجابية التي تستدعي على المسن القيام بنشاط حركي، فهو بذلك مضطر إلى ارتداء ملابسه والذهاب إلى المقاهي أو أي مكان المعتاد من المسن أن يلتقي بأصدقائه ويتحدث معهم في مختلف الأمور التي تكون عادة مشتركة فيما بينهم وبالتالي يعقد صداقات وعلاقات اجتماعية. (أمزيان، 2005، ص61).

* مشكلة التقاعد: تعتبر على رأس المشكلات التي يجب وضعها في الحسبان فعندما يحل وقت التقاعد وما يصاحبه من زيادة الفراغ ونقص الدخل يشعر المرء في أعماق نفسه بالقلق على حاضر والخوف من مستقبله مما يؤدي به إلى الانهيار العصبي وخاصة إذا فرضت عليه حياته الجديدة بعد التقاعد الفجائي أسلوبا جديدا من السلوك لم يألفه من قبل ولا يجد في نفسه المرونة الكافية لسرعة التوافق معه وخاصة إذا لم يتهيأ لهذا التغيير، وخاصة إذا شعر أو أشعره الناس أنه قد أصبح لا فائدة منه بعد أن كان يظن أنه ملاءم للسمع والبصر. (زهران، 1997، ص464)

6- أسباب مشكلات الشيخوخة:

من أهم أسباب مشكلات الشيخوخة ما يلي:

6-1- أسباب حيوية: مثل التدهور والضعف الجسمي والصحي العام وخاصة تصلب الشرايين.

6-2- أسباب نفسية: مثل الفهم الخاطئ لسيكولوجية الشيخوخة، فقد يفهم بعض من الناس أن الشيخوخة معناها أن الشيخ المسن يجب أن يمشي متثاقلا يتأوه مادام قد وهن العظم منه واشتعل الرأس شيبا، كذلك تؤثر الأحداث الأليمة والخبرات الصادمة التي قد تهز كيان الشيخ هزا وتهد شخصيته هذا، ويزيد الطين بلة أن بعض الشيوخ قد يصلون إلى مرحلة الشيخوخة ومازالت شخصياتهم لم يتم نضجها.

6-3- أسباب بيئية: ومنها التقاعد وما يرتبط به في نقص الدخل وزيادة الفراغ كسبب مرسب للمشكلات النفسية وخاصة أن الناس يربطون بين التقاعد (عن العمل) وبين التقاعد (الجسمي والنفسي) ويرون أن المسن عديم الفائدة ولا قيمة له، وأن التقاعد معناه اعتزال الشيخ الحياة، ومن أسباب البيئية كذلك التغير في الأسرة وترك الأولاد للأسرة الكبيرة وضعف الشعور بالواجب نحو المسنين وافتقارهم إلى الرعاية وربما الاحترام وخاصة في البيئات الصناعية ومنها أيضا العنوسة حتى سن الشيخوخة وخاصة للسيدات والإضراب عن الزواج عند بعض الرجال. (زهرا، 1997، ص363)

7- النظريات المفسرة لمرحلة الشيخوخة:

7-1- نظرية النشاط:

أسسها كل من ميلر (Miller) وفريدمان (Friedman) وهافيجرست (Havighurst) وهي تقوم على افتراض أن المسنين يمكنهم الاحتفاظ بأكبر قدر ممكن ولأطول فترة ممكنة بالأنشطة والاتجاهات التي اكتسبوها حيث كانوا في منتصف العمر، وتبعاً لذلك فإنهم سوف يجدون البدائل لأنشطتهم المفقدة للجيل الجديد حين يواجهون بالتقاعد وبالتكوين صداقات جديدة حين يفقدون صداقاتهم القديمة بالاشتراك في الأنشطة. (الشاذلي، 2001، ص108).
وتعتقد هذه النظرية أن انعزال المسنين وعدم قيامهم بأداء الأدوار المطلوبة منها وكذلك جهودهم، يرجع إلى مصدرين أساسيين:

-المصدر الأول: أن العالم الاجتماعي للمسن يتقلص مع تقاعده حيث تموت الزوجة والأصدقاء، ويكون أسير في حدود مالية وحركية.

-المصدر الثاني: إن التدهور الفيزيقي للمسن يجعل من الصعب بالنسبة له أن يواجه مثل هذه المعوقات أو يشبع احتياجاته، ولكن تبطل تأثير هذه الاتجاهات فإنه ينبغي على المسن أن يبقى على اهتماماته وأنشطته ويعدل ويطور فيها. (سيد فهمي، منير حسن فهي، 1999، ص49).

ومن مزايا هذه النظرية أنها تؤكد النتائج الإيجابية لاستمرار الارتباط بالعامل على سعته والتواصل إلى أدوار بديلة لتلك التي فقدت نتيجة إلتقاء أو الترميل ويتضمن ذلك مستويات عالية من المشاركة الاجتماعية والروح المعنوية.

إلا أن هذه النظرية لا تلاءم إلا نسبة قليلة من المتقاعدين، ولا تفسر إلا نسبة ضئيلة من معاناة المسنين فالأفراد الذي كانوا مشغولين لدرجة كبيرة في عملهم ولم يكن لديهم الوقت الكافي لتنمية اهتمامات وأنشطة متعددة سواء كانت ترويجية أو اقتصادية لم يجدو لهم مكانا في هذه النظرية. (الشاذلي، 2001، ص109).

7-2- نظرية فك الارتباط:

ظهرت عام 1961 وتعتبر من أهم النظريات التي نالت اهتمام العلماء ومنهم كاتج وهنري ويوتيك Caning, Henry, Botwinick وترى أن الشيخوخة الناتجة تتضمن الإنسحاب التدريجي من الإطار الاجتماعي وتكون على ثلاث مستويات وهي: المستوى الاجتماعي، المستوى النفسي والمستوى الشخصي. (الحجامي، 2004، ص104-105).

ومن خلال ذلك فهو يتخلى عن المكتسبات الاجتماعية التي حققها طوال حياته الاجتماعية نتيجة لما يحدث له من تغيرات نفسية وفيزيولوجية تجعله عاجزا على أداء أدواره ونشاطاته المعتادة، وإما بإجبار من المجتمع الذي يجعل التقدم في العمر مؤشرا على عجزه وتراجع قدرته في العمل وبذلك ينظر له نظرة فيها إعفاء من المسؤولية عامة، بذلك على التقاعد عن العمل، حيث نلاحظ أن عملية الإنسحاب هذه سواء كانت اختيارية أو إجبارية فإنها تشترك في نقطة العجز والقصور في الوظائف العامة لدى المسنين التي بموجبها تتم هذه العملية. (ناصر، 2012، ص70).

وتتلخص الأفكار الرئيسية في نظرية فك الارتباط في:

- إن عملية الانسحاب الاجتماعي والنفسي عامة تدور في شكل نمطي أو متوالي بنسبة لمجتمع المسنين (بمعنى أنها تحدث في كل مكان وفي كل العصور التاريخية).
- إن هذه العملية حتمية (أي لابد أن تحدث في وقت ما في مستقبل حياة الأفراد).
- إن هذه العملية داخلية (بمعنى أنها لا تتسبب عن العوامل الاجتماعية وحدها).
- إن هذه العملية ليست فقط متلازمة للتوافق الناجح لكبار السن ولكنها ربما تكون شرطا لحدوثه. (الشاذلي، 2001، ص111).

7-3 - النظرية الاجتماعية:

تحلل هذه النظرية أدوار المسنين داخل الأسرة باعتبارها تضم أعداد كبيرة يمكن خلالها اختبار حقيقة أن الإنسان ميل لنفسه إلى الاجتماع بالآخرين وبالتالي يمكن توضيح العلاقة بين ديناميات الشيخوخة والدور الاجتماعي للأسري للمسنين. (سيد فهمي وحسن فهمي، 1999، ص54).

حيث قدمها هافيجهرست في عام 1948 وصفا للتطور البشري ومراحل الشيخوخة أخذاً بعين الاعتبار التفاعل الاجتماعي البيولوجي، المعايير والفروض الاجتماعية وتحدث بينوجارتين ومورولوف (More Love et Neugarten) عن مفهوم الزمن الاجتماعي والذي يتكون من ثلاث نماذج متداخلة هي التغيرات الذاتية للشيخوخة، المركز الاجتماعي، دورة الحياة. (الحجامي، 2004، ص109).

وقد أوضحت العديد من الدراسات في علم الاجتماع المتعلقة بالشيخوخة، أن مع تقدم الأفراد في العمر تتقلص علاقاتهم بالجماعات الاجتماعية، وتحدث الكثير من الخسائر في الدور تماثل التدهور السيكولوجي والفيزيقي، ومن ناحية أخرى استخلفت الباحثة نيوجارين Neugarten إلى نتائج مماثلة عن نمط ودرجة التفاعلات الاجتماعية للمسنين، حيث أوضحت وجود نقص في هذه العلاقات على المدى الطويل بخصوص أداء الأدوار الاجتماعية في مختلف نشاطات الحياة.

إذا فإن علماء الاجتماع مثلهم في ذلك مثل الفيزيولوجيين وعلماء النفس وقد ركزوا على تدهور الأفراد مع تقدمهم في العمر، مركزين بصفة أساسية على تدهور العلاقات الاجتماعية للمسن في بيئته المحيطة، وهذا التدهور بين الفرد والمجتمع يعود إلى تدهور القدرات السيكولوجية والفيزيولوجية له، معبرين بذلك أن هناك إرتباط حتمي بين تدهور الخصائص الفيزيولوجية والسوسولوجية. (ناصرى، 2012، ص 71-72).

7-4 - نظرية الشخصية:

تتكر هذه النظرية الحاجة إلى أي تفسير اجتماعي النزعة للتوافق الناجح لكبر السن وتعتبر التوافق لكبار السن هو نتيجة شخصية الفرد وتبنى النظرية مدخل دورة الحياة الذي يصور تقدم في العمر كعملية نهائية تعكس محصلتها أساليب المواجهة الفردية وتمثل هذه النظرية نيوجارتن وزملائها (1968) حيث يقدمون أربعة أنماط رئيسية أهمها الشخصيات المتكاملة. (الشاذلي، 2001، ص 118)، والذي يمكنهم الأداء بشكل أفضل، وذلك لأن لديهم درجة مرتفعة من القدرات المعرفية والأنا الدفاعية، ودرجة عالية من التحكم في الذات، والمرونة والنضج، والخبرة والتفتح، وفي مقابل ذلك يوجد الأفراد ذوي الشخصيات غير المتكاملة وهو الأفراد الذين لديهم إعاقات في الوظائف السيكولوجية، يفقدون القدرة على التحكم في انفعالاتهم، كما أن هناك تدهور في قدراتهم.

ويرى البعض أن هؤلاء الأشخاص الذين تتسم شخصياتهم بالتكامل ليس بالضرورة أن يكونوا متكاملين اجتماعيا في قيامهم بأدوارهم، وفي علاقاتهم الاجتماعية، ومع ذلك فإن لديهم درجة عالية من الرضا عن الحياة. (محمد خليفة، 1997، ص 38).

7-4 - نظرية الأزمة:

وتؤكد هذه النظرية أهمية الدور المهني بالنسبة للفرد داخل المجتمع فقيام الشخص المسن بعمل ما يعد في غاية الأهمية بالنسبة له حيث يكسبه الدور المهني هويته ويمكنه من وضع نفسه في علاقات مع الآخرين ويساعده على التوافق النفسي الاجتماعي .

ويرى أنصار هذه النظرية أن التقاعد يمثل أزمة بالنسبة للمسنين خاصة لدى هؤلاء الأشخاص الذين يعطون أهمية كبيرة ويعتبرونه قيمة في حياتهم (حمو علي، 2010، ص 95).

و قد قسم الباحثون إزاء هذه النظرية إلى فريقين :

- **الفريق الأول:** ويرى ممثلوه أن فقدان الفرد لعمله وتغيير أدواره بعد إحالته للتقاعد يؤثر في نظرتة لنفسه، وفي علاقاته مع أسرته و المجتمع الذي يعيش فيه.

- **الفريق الثاني:** وينظر أصحابه إلى الإحالة إلى التقاعد على أنه ليس العامل الوحيد والأهم في عدم رضا المسن عن نفسه و عن حياته، فتأثير التقاعد يتوقف على عدة عوامل منها المستوى الاقتصادي، الاجتماعي، أهمية العمل بالنسبة للفرد وحالته الصحية. (محمد خليفة، 1997 ص 37).

-التعقيب عن النظريات المفسرة للشيخوخة :

من خلال عرض الباحثة لهذه النظريات والتي تعد من أكثر النظريات المفسرة للشيخوخة المرتبطة بموضوع الدراسة، فهي تدور حول محور الشيخوخة، فتجد هناك اختلاف في طرحها، فكل نظرية ركزت على جانب معين اعتبرته الأهم في تفسير مرحلة الشيخوخة وذلك تبعاً لتوجه أصحابها .

فنظرية النشاط فسرت مرحلة الشيخوخة بأنها مرحلة إيجابية وذلك من خلال محاولة مساعدة المسنين وذلك من خلال إتاحة الفرصة من جديد للعمل وذلك من شأنه خلق أنشطة جديدة كالانخراط في الجمعيات والنوادي وخاصة بالنسبة للأشخاص المتقاعدين عن العمل وتجدها كذلك تحث المسنين على تكوين صداقات جديدة خارج نطاق العمل، بعكس ذلك تجد نظرية فك الارتباط (الانسحاب) وإشارتها إلى أن انسحاب المسن من السياق الاجتماعي ما هو إلا نتيجة لشعوره بانحسار مكانته الاجتماعية وتقلص حقوقه نحو الآخرين والمجتمع، وتتشترك هذه النظرية نوعاً ما مع النظرية الاجتماعية والتي بدورها تركز على تدهور العلاقات الاجتماعية للمسن وقلة الأصدقاء .

في حين نجد أن النظرية الشخصية اتخذت منحا آخر، فقد ربطت بين نمط شخصية الفرد والسمات التي يتسم بها في مرحلة الشيخوخة، وقد تمثلت في تناول نمطين من الشخصية، النمط التكاملي الذي يولد من نشط ويقابله المسن ذوي الإعاقات السيكولوجية التي يتولد عن الشخصية غير المتكاملة.

8 - علاج مشكلات مرحلة الشيخوخة:

وتتلخص أهم ملامح علاج مشكلات الشيخوخة فيما يلي:

8-1 - العلاج الطبي:

علاج الأعراض الطبية المرتبطة بالضغط العام والضغط العضلي والإمساك والاهتمام بالغذاء والنظافة وحث الشيخ على الحركة وعدم كثرة النوم واستخدام المنومات في حالة الأرق واستخدام المهدئات إذا لزم الأمر، ويستخدم العلاج بالرجفة الكهربائية في حالات الاكتئاب.

ويتضح بزيادة النشاط والحركة والقيام ببعض الرياضة تجنباً للانهايار الصحي، وينصح بالإقلاع عن التدخين أو على الأقل الإقلال منه .

8-2 - العلاج النفسي:

ويجب أن يهدف إلى تحقيق الأمن النفسي والانفعالي وتباعد الحاجات وتحقيق عزة النفس للشيخ وشعوره بالحب وأنه مطلوب وأن أهله في حاجة إليه ولقناعه بأن ما تبقى له من قوى عقلية وجسدية تكفي لإسعاده في الحدود الجديدة التي يفرضها سنه، ويفيد بالإقلاع في ذلك العلاج بالعمل.

- إرشاد الشيخوخة: علاجياً ومهنياً وأسرياً مع الاهتمام بمشكلات وقت الفراغ وتقديم الخدمات الإرشادية المتخصصة وخاصة في مؤسسات رعاية الشيخوخة.

- العلاج البيئي: وهنا يجب تنمية اهتمامات وصول الشيخ وملء وقت الفراغ بوسائل التسلية ودفعه إلى المشاركة في الحياة الاجتماعية والاهتمام بمظهره العام، ويجب تشجيع الشيخ على ممارسة الهوايات للتخفيف من متاعب وقت الفراغ ولتحقيق التوافق النفسي

والاجتماعي يجب الاهتمام بالتأهيل النفسي والاجتماعي للشيخ، ويفيد هذا الصدد إعداد الورشات العلاجية والنوادي الدينية والمعسكرات الصيفية ... الخ وهذه من وظائف الخدمة الاجتماعية الناجحة.

ويجب التوسع في إنشاء مؤسسات لرعاية الشيخ المسنين لتوفير الرعاية لهم على كافة المستويات حسب قدراتهم وطاقاتهم بحيث يمكن لكل منهم الحياة في شيء من الراحة الصحية مع الآخرين.

ولقد تطورت الفكرة مع بعض الدول العصرية والصناعية فأنشأت بيوتا خاصة بالمسنين تطورت عند بعضها إلى إنشاء أحياء كاملة للشيخوخة، وعند البعض الآخر إلى إنشاء مدن جديدة ويوجد في مصر مثال هذه البيوت والمؤسسات كذلك يجب التغلب على أزمة التقاعد بالتمهيد العملي والنفسي لها وذلك عن طريق التقاعد التدريجي الذي يبدأ في منتصف العمر من 50 بإنقاص ساعات للعمل، تدريجيا إلى النصف ثم إلى الثلث ثم إلى الربع ثم ينتهي هذا التناقض للتدريج إلى التقاعد، وذلك عن طريق زيادة الإجازات الأسبوعية والسنوية ويجب تدريب الأفراد على المهارات المناسبة لاستغلال أوقات الفراغ وخير للمجتمع أن يجد عملا جديدا للمتقاعدين -بعض الوقت يتناسب مع قوتهم ومواهبهم مثل استخدامهم في الاستشارات والتوجيه بدلا من إحالتهم، ويعتبر هذا نوعا من العلاج بالعمل، وقد قامت بعض الدول إما بإلغاء أو رفع القانونية للإحالة للتقاعد للمساهمة في التأهيل النفسي للشيخ المسنين والاستفادة من خيراتهم، بحيث لا يكلف الشيخ المسن إلا وسعوا لا يحمل مالا طاقة له به (زهران، 1997، ص 247) .

خلاصة:

من خلال ما تم عرضه في هذا الفصل يتضح لنا أن هذه المرحلة تعتبر من أهم المحطات التي يجد فيها المسن نفسه في حالة تمعن في الماضي، ليرى ما حققه وما لم يقدر على تحقيقه طوال حياته، وعلى أساس ذلك قد يعيش هذه المرحلة مرتاحا سعيدا وراضيا على حياته أو أنه يعيشها في حالة من تأنيب الضمير وعدم الراحة .

الفصل الرابع:

الزهايمر

تمهيد

- 1- مفهوم مرض الزهايمر
- 2 - العوامل المسببة لمرض الزهايمر
- 3-مراحل مرض الزهايمر
- 4-أعراض مرض الزهايمر
- 5-تشخيص مرض الزهايمر:
- 6-أساليب وطرق علاج مرض الزهايمر

خلاصة

تمهيد:

يعتبر مرض الزهايمر من أكثر أنواع أشكال الخرف شيوعا فحوالي ثلثي المصابين بالخرف يعانون مرض الزهايمر وتم اكتشاف مرض الزهايمر لأول مرة منذ 100 عام بواسطة الطبيب الألماني ألسيوس ألسهيمر (Aloysius Alzheimer) والذي أصدر تقريرا عن هذه الحالة المرضية لسيدة في الخمسينات من عمرها. وأن مرض الزهايمر هو -بدون شك - أحد أسوأ الأمراض التي تصيب الإنسان في الفترة من أواخر منتصف العمر إلى مرحلة الشيخوخة، ولقد وصف قياسا على السكتة القلبية لأنه سكتة المخ ووصف أحيانا بأنه فقد أو موت المخ.

ولهذا سوف نتطرق في هذا الفصل إلى مفهوم مرض الزهايمر وكذا الأسباب المؤدية للإصابة به عند المسنين وأهم الأعراض التي تصاحب هذا المرض وكيف يمكن تشخيصه وأهم الوسائل والطرق العلاجية من التخفيف من حدة هذا الداء.

1- مفهوم مرض الزهايمر:

داء الزهايمر هو إصابة تنكسية عصبية للخلايا الدماغية حيث تؤدي العملية المرضية للداء إلى تكوين بروتينات شاذة تؤدي بدورها إلى موت تدريجي ومتزقي للخلايا الدماغية. (أبو حامد، 2009، ص12).

ويعرف كذلك بأنه مرض عصبي يؤثر على أجزاء من المخ مما يؤدي إلى تأثر وظائف الذاكرة، والذكاء واللغة والقدرة على الحكم على الأمور والقدرة على التفكير المنطقي والسلوك، ويطلق عليه أحيانا خرف الشيخوخة نتيجة للتدهور المستمر في تلك الوظائف مع التقدم في السن، ويصيب كبار السن في الأساس، في ما عدا حالات نادرة جدا. (www.psyco-dz.info).

والخرف هو مصطلح يستخدم لوصف أي حالة تتعرض لها مجموعة متنوعة من وظائف الدماغ المختلفة مثل الذاكرة، التفكير، الإدراك، اللغة، والتخطيط والشخصية إلى التدمير مع مرور الوقت ولا يعتبر مرض الخرف جزءا من الشيخوخة الطبيعية، فكل شخص يعاني المزيد من النسيان كلما تقدم في العمر، ولكن هذا لا يعني أنه مصطلح بالخرف، ويعتبر النوع الأكثر شيوعا للخرف هو مرض الزهايمر، إضافة إلى أنواع أخرى عديدة. (غراهام ووارنر، ترجمة مارك عبود، 2013، ص2).

والخرف هو تسمية واسعة النطق وتشمل طيفا من الأوضاع التي تحدث نتيجة لتغيرات لوظيفة الدماغ تؤثر هذه الأوضاع في الذاكرة والتفكير والسلوك والقدرة على أداء النشاطات اليومية.

-الفرق بين مرض الخرف والزهايمر:

لا يختلف مرض الزهايمر عن الخرف، فإن مرض الزهايمر هو الخرف وهو أكثر أنواع الخرف شيوعا، فثم كثير من أنواع الخرف الأقل شيوعا وهي: الخرف والخرف المصحوب بأجسام لوي والخرف الجبهي الصدغي، وهناك أنواع نادرة من الخرف

كخرف مرض ياركسون ومرض هينغتون ومرض كرويتز فليجاكوب، وفيروس نقص المناعة البشرية (MIC). (غراهام ووارنر، ترجمة مارك عيود، 2013، ص 102)

ومرض الزهايمر هو عبارة عن ضمور الخلايا في الفص الجبهي والصدغي والجداري والمخيخ والمهاد وقسم من النوى القاعدية، فتكون التغيرات المجهرية في الخلايا بصورة ظهور بقع فضية الصبغة وألياف عصبية بصورة كبيرة تفوق ما يحدث في خرف الشيخوخة، ويكون الضمور في المخ واسع الانتشار. (دباغ، 1993، ص 8).

- مفهوم الذاكرة وآلية عملها:

هي عبارة عن عملية عقلية معرفية عليا، تتضمن سلسلة متتالية من خطوات: إكتشاف المثيرات واستقبالها، فترميزها ثم إرسالها، فمعالجتها وبالتالي تخزين نواتج المعالجة لاسترجاعها عند الضرورة، من خلال التعرف إليها أي استرجاعها بوجود معينات أو مفاتيح الاسترجاع (Hetrievalais) كما هو الحال في الاختبارات التحصيلية الموضوعية (كأسئلة اختيار من متعدد) أو تذكرها، أي استرجاع المعلومات دون وجود معينات ومفاتيح، كما هو الحال في الأسئلة المقالية (وضح، فسر، قارن، أذكر...؟) وعليه فالذاكرة هي أرشيف ضخم يتضمن خبرات الماضي والحاضر والمستقبل لدى الشخص.

- قياس الذاكرة: عن طريق:

أ- التذكر:

فتذكر المعلومات المخزونة في الذاكرة قصيرة المدى أو الفاعلة أو العاملة أسهل من تذكر المعلومات المخزونة في الذاكرة طويلة المدى وذلك لأن كمية المعلومات المخزونة محدودة، ومدة تخزينها قصيرة في الحالة الأولى، بينما في الحالة الثانية تكون كمية المعلومات المخزونة كبيرة ولمدة زمنية طويلة. (بني يونس، 2015، ص 249-251).

والتذكر عملية كيميائية تعتمد على وجود مادة تسمى (D.N.A) وهي الحمض النووي للإنسان وهي أقرب إلى الفيلم الحساس الذي سجل عليه الأحداث وأنه مع تقدم العمر تقل مادة (DNA) فتقل قدرة الإنسان على حفظ المعلومات الجديدة ولكنه يظل محتفظا على عدة

معلومات قديمة وإن تقدم الإنسان في العمر يجعله يصاب باضطراب في الذاكرة حتى يصاب بمرض الزهايمر. (www.psyio.dz.info).

ب- التعرف:

ويمكن قياسه باستخدام المعادلة الآتية:

علامة الوقف = (عدد الإجابات الصحيحة - عدد الإجابات الخاطئة / العدد الكلي) * 100

ج- الاحتفاظ أو التخزين:

أو ما يسمى إعادة التعلم أو درجة الوفر ويمكن قياسه بالمعادلة الآتية:

علامة الوفر = (الزمن اللازم للتعلم الأول - الزمن اللازم للتعلم الثاني / الزمن اللازم للتعلم الأول) * 100

- الأساس البيولوجي (الوراثي والعصبي - الكيميائي لعملية الذاكرة)

أظهرت نتائج البحوث التجريبية المبنية على النظرية الجينية أو النظرية العصبية - الكيميائية - بوجود أساس جيني لآلية عمل الذاكرة مرتبط بزيادة التعابير الجينية (Gene Expression)، وهذا يعني أن حصول التقوية طويلة الأمد Long term Potensiotion (LTP) لا بد وأن ينتج عنها ما يسمى بعملية الاستنتاج. وهي على النحو التالي:

جزئي الـADN مكون من سلسلتين استنساخ أي تكوين mRNA (أي سلسلة واحدة استنساخ أي طبق الأصل عن السلسلة الثانية من جزئي DNA فقط محل الثيامين (T) في DNA يحل يوراسيل في MRNA، بعدها يتم ترجمة لهذه السلسلة وتكون النتيجة في المحصلة بناء البروتين (ويدخل هنا الأنزيمات المساعدة في التفاعلات البيوكيميائية كما في النواقل العصبية الكيميائية).

وتشير النظرية الجينية لآلية عمل الذاكرة إلى أن التغذية الراجعة تتمثل في تواصل من التشفير الجيني للبروتينات، فهذه النظرية تهدف إلى إرجاع المعلومات المخزونة إلى بروتينات يقوم بتشفيرها أحد الجينات.

أما الأساس العصبي الكيميائي لآلية عمل الذاكرة يتمثل في: أنه أكدت الدراسات التجريبية على أن عملية الذاكرة بأنواعها الثلاثة الأساسية وتفرعاتها لا تنحصر في مكان واحد في الدماغ، كما هو الحال بالنسبة لبقية العمليات العقلية العليا، ومن الأدلة على صحة ذلك ما يأتي:

أ- يتم تخزين المعلومات السمعية في القشرة المخية الحسية السمعية.
 ب- يتم تخزين المعلومات المكانية في قرن آمون أو ما يسمى (بحصان البحر Hippo Compus).

ج- تخزن الأسماء والضمائر والكلام، والقراءة في الفصين الصدغيين.
 د- المهارات المكتسبة تخزن في التراكيب العقدية القاعدية.
 و في المخيخ يتم تكوين ذاكرة ترابطية، كتعلم المهارات الحركية.
 ز- جزئيات البيبتيد المنتشرة في أنحاء الجسم هي بمثابة مخازن ووسائط نقل للمعلومات (بني يونس، 2015، ص 251-255)

2 - العوامل المسببة لمرض الزهايمر:

لم يتوصل العلماء حتى الآن لسبب يمكن أن يؤدي إلى هذا المرض، ولكن نتيجة للأبحاث المستمرة منذ 15 عاما أمكن التعرف على مجموعة من العوامل التي من الممكن أن تتشارك لتؤدي في النهاية إلى مرض الزهايمر، وما هو مؤكد لدى العلماء أنه بمجرد ظهور المرض يكون قد سبقته عملية موت وتحلل طويلة تمت لسنوات لخلايا المخ المنوط بها حفظ المعلومات واسترجاعها.

ومن بين هذه العوامل:

الوخط أن بعض الذرات الموجودة في الذهب تتسلل من خلال جلد الإنسان إلى الدم، وهذا ما يعرف باسم "هجرة الذهب" عند الفيزيائيين حيث أغلب من يعانون من هذا المرض عندهم نسبة عالية من الذرات في الدم والبول.

- 2- السبب أكثر دقة هو ما أكده العلماء من أنه بتقدم العمر تترسب بروتينات نشوانية لها بنية تعرف بصفيحات بيتا المطوية (Beta Amyloid) وهي التي تتراكم داخل الخلايا العصبية لمركزية مما يؤخر التيارات العصبية أو يعطلها أو يدمر المسارات نفسها.
- 3- التقدم في السن هو أكثر العوامل المشجعة لظهور المرض، حيث أن غالبية المرضى يصابون به بعد سن 65، وتزداد فرصة المرض بنسبة ضعف كل خمسة أعوام تالية لهذا السن حتى تصل لأعلى نسبة 50 بالمائة عند سن 85.
- 4- أمراض القلب والأوعية الدموية.
- 5- إصابات الرأس هناك دلائل قوية على أن، إصابات الرأس خطيرة تزيد من فرصة الإصابة بالمرض.
- 6- العوامل الجينية: منذ أن وصف (ألوا السهيمر) هذا المرض، والجدل بين العلماء يتوقف عن العامل أو العوامل المسببة لهذا المرض الذي من أهم مظاهره وجود تحللات عصبونية كثيرة وعلى الرغم من وجود بعض التشابه مع أمراض المخ الإسفنجية (Spongiform encephalopathies) وهي أمراض إما مورثة أو أنها تنتقل بالعدوى (مثل مرض برايون Prion ومرض كرتشفيلد-جاكوب-جنون البقر) إلا أنه يوجد دليل قاطع على أن مرض الزهايمر يسببه العدوى.

لقد كان معروفا من العقود أن بعض حالات مرض الزهايمر تحدث طبقا لنمط وراثي مندلي، بسبب جين جسمي سائد (Autosomal mendelian pattern) وقد تبين من خلال البحوث أن هذا المنحنى أثمر كثيرا في الكشف عن بعض أسباب هذا المرض إن نسبة مرضى الزهايمر التي قررت الدراسات المختلفة أنها تتبع النمط الوراثي المذكور هي في حدود (10-15 بالمائة) وبالإضافة إلى ذلك بينت الدراسات أن نسبة أكبر من المرضى تظهر تواريخهم المرضية أنه كان لهم قريب أو أكثر من أقارب الدرجة الأولى الذين عاشوا من زميلات مرضية شبيهة جدا بحالة التدهور العقلي أو الخرف التي يعانيتها هؤلاء المرضى بالزهايمر، ولكن في هؤلاء الأقارب الذين توفوا لم يكن ممكن التأكد من أنهم كانوا هم أيضا

يعانون من مرض الزهايمر، لكن هناك من الأدلة المتراكمة التي تشير إلى أن نسبة كبيرة من المرضى وليس جميعهم قد ورثوا بعض الاستعداد الجيني الذي يهيئهم للإصابة بالمرض، فالتقارير تشير إلى أعداد-تزداد بزيادة البحوث - من العائلات التي وجدت في أفرادها تبدلات طفوية محددة.(أبو شعيشع، 2005، ص351)

7- تليف الأوردة: أثبتت إحدى الدراسات التي أجريت على 37000 مريض أن هناك علاقة كبيرة بين الإصابة بمرض الزهايمر وحالات تليف الأوردة.

8-الإصابة بمتلازمة داون: فالمصابون بهذه الحالة لديهم الكثير السائد من كروموزوم 21- الذي يحتوي على بروتين يتواجد في مخ المصابين بالزهايمر إما يزيد من مخاطر التعرض لمرض الزهايمر .

9- الجنس: يرى علماء الطب أن النساء أكثر عرضة للإصابة بمرض الزهايمر وهذا مبني على أساس النساء يعمرن أكثر من الرجال، فيزداد لديهن احتمالات الإصابة بالمرض.

10 - المستوى التعليمي: هناك دراسات أجريت أشارت نتائجها إلى أن احتمالات الإصابة بالزهايمر في أصحاب المستوى والكفاءة التعليمية العليا-أقل بكثير ممن كانوا على درجة تعليمية وكفاءة أقل، ولا يدري العلماء ماالسبب في ذلك.

11 - الأطعمة المحفوظة والأسمدة: حيث أثبتت بعض الدراسات أن الأسمدة-خصوصا النيترايت والنترتيت وتعرض الجسم لكثرتها بالإضافة إلى تناول الأطعمة الجاهزة والمحفوظة مما يزيد من احتمالات الإصابة بالزهايمر .

12 - بعض الحالات والأمراض الأخرى: كحالات الالتهابات المزمنة، والإصابة بحالات الكآبة والإحباط المرضي، التعرض للسكتات الدماغية، والسمنة والبدانة.

13 - التلوث البيئي: له دورا مهما حيث كشفت عدة دراسات أن تعرض المخ بنسبة كبيرة من أكسيد الألمنيوم قد يكون سببا للمرض حيث أكدت الأبحاث عند الفحص التشريحي لمخ بعض مرضى الزهايمر الذين ماتوا بالمرض وجود نسبة كبيرة من هذا الأكسيد ويوجد هذا

الأكسيد في علب المشروبات الغازية أو أواني الطهي والجبن المصنع ومساحيق الخبز وأنواع الشامبو المضادة للقشر ومزيلات العرق. (www.lauka.met/translat)

3- مراحل مرض الزهايمر:

3-1- المرحلة الأولى: وهي المرحلة المبكرة للمرض حيث تقل حيوية وعفوية المريض دون أن يلاحظ تغيراً عليه، وتضعف الذاكرة الحديثة بشكل خفيف مع تقلب في المزاج وحالة من اللامبالاة لما يحدث حوله، بعدها يتهرب المريض من كل شيء جديد ويفضل الأشياء المألوفة لديه، ويبدأ وهن الذاكرة بالتأثير على حياة المريض المهنية والعائلية والاجتماعية، ويصيبه تخليط ذهني مع حدوث حالات من التوهان يصاحب ذلك تراجع في القدرة على اتخاذ القرارات.

3-2- المرحلة الثانية: يستطيع المريض في هذه المرحلة إنجاز بعض المهام البسيطة ولكنه يحتاج للمساعدة لإنجاز المهام الأكثر تعقيداً، وتراجع قدرة المريض عند استخدام وسائل النقل العامة، وينسى غالباً دفع ثمن البطاقة، وبما أن المريض يعي ما يحصل له ولو جزئياً فإنه يصاب بحالة من الاكتئاب والتهيج، يستطيع المريض في هذه المرحلة استعادة الذكريات القديمة أما الذاكرة الحديثة فيصيبها قدر كبير من التراجع بالترافق، مع ضياعه في الزمان والمكان، ويحتاج المريض في هذه المرحلة إلى درجة كبيرة من المساعدة، ويصبح حديثه غير مفهوم، إضافة إلى اختراعه لكلمات جديدة وعدم قدرته على تمييز الوجوه المألوفة.

3-3- المرحلة الثالثة: وهي المرحلة النهائية حيث تخفت ذاكرته حتى التلاشي، ويصبح غير قادر على التحكم بالبول والبراز ويحتاج إلى مساعدة تامة، يفقد المريض في هذه المرحلة القدرة على المضغ والبلع ويصاب عادة بإنتان رئوي بشكل متكرر بسبب دخول أجزاء من الطعام والتراب إلى الطرق التنفسية عند الأكل، مع تحوله إلى طريح الفراش تتكرر لدى المريض الإنتانات التنفسية والبولية، وتكثر الإختلاطات الطبية ويصل المريض في النهاية إلى حتفه (أبو حامد، 2009، ص 21-22).

4- أعراض مرض الزهايمر:

هنالك مجموعة من الأعراض يمكن ملاحظتها سريريا وسلوكيا وهي كالتالي:

4-1- الأعراض الإكلينيكية:

فهي تتمثل في اضطراب في الذاكرة حيث يتناول الأحداث القريبة ثم التي تليها في القدم، وصداع وأرق وسرعة التأثر وحساسية واضمحلال الذاكرة في شخص غير مسن يجلب النظر قبل كل عرض آخر، ويتبع ذلك نسيان فاضح لأبسط المواعيد، وتشوش في التوجيه بحيث أن يصاب لا يعرف مكانة واتجاهه فيقع في وسط داره.

وفي المرحلة الثانية تظهر أعراض عصبية موضعية كنقص الإدراك لماهية الأشياء (Aghosia)، وأفقده معاني الحركات (Aprasia) بحيث لا يتمكن المصاب من ارتداء ملابسه أو يخطئ في لبس حذائه أو كيفية إشعال علبة الثقاب، أو الخرس الدماغية (Aphasia) ثم يصحب ذلك شكل متنوع المواضع وربما اختلاجات صرعية.

أما المرحلة الأخيرة في المرضى فهي خرف وتحول جسمي شديد (Marasmus) وتشوهات وتقلصات بالعضلات والمفاصل، وتسرع في الحركات وتضرب في الوعي واحتمال الإصابة بالتهابات متعددة ويظهر تخطيط المخ الكهربائي موجات شاذة من نوع (دلتا) عالية الفولتية، فإذا ما أخذت عينة لعمل شريحة مخية (Cerebral Biopsy) ظهرت التغيرات الياثولوجية في الخلايا بصورة تؤكد التشخيص السريري. (الدباغ، 1993، ص 9)

4-2- الأعراض السلوكية:

عندما قام الطبيب الألماني "ألسيوس ألسهيمر" بشرح مرض الزهايمر لأول مرة، فقد كتب بأن بعض الأعراض الصعبة لا علاقة لها بالذاكرة، ولكن لها علاقة بالتغيرات في السلوك والمزاج وهي كالتالي:

- كثيرة الشيع: اللامبالاة، العدوان اللفظي والبدني، الذهول والأرق، السعي إلى افتعال المشكلات، الاكتئاب، القلق، الأسئلة المتكررة.

- الشائعة: هياج، السلوك الفاضح، الصراخ، المشكلات الجنسية.

- الأقل شيوعاً: بكاء، السلوكيات (التصرفات المتكررة)، الأوهام، الهلوسة (رؤية وسماع أشياء لا وجود لها).

كما يمكن أن تسبب الكثير من هذه الأعراض ضائقة شديدة للمصابين بالزهايمر والقائمين على رعايتهم، بعض هذه التغيرات مثل الاكتئاب يمكن أن تجعل مشكلات الذاكرة أسوأ كما يمكن أن تقلل من القدرة على أداء المهم اليومية.

وفي بعض الأحيان تكون العلة البدنية مثل عدوى البول أو الإمساك هي إحدى أعراض الزهايمر وأي شخص تظهر عليه أي من هذه الأعراض يجب أن يفحصه طبيب لاستبعاد السبب البدني وبمجرد استبعاد السبب البدني يعتمد العلاج على العرض.

ومن المفيد رؤية هذه الأعراض في إطار شخصية الشخص وماضيه والبيئة الحالية المحيطة به، ومن أجل تفعيل هذا تكون "قصة الحياة" مفيدة إذ تكون صورة عن الشخص، عن خلفيات حياته الهويات، الوظيفة، العلاقات الاجتماعية، وخصائص الشخصية.

ويمكن أن يكون لقصة الحياة هذه دور مفيد إذا تطلب الأمر دخول الشخص إلى دار الرعاية فيستطيع الطاقم القائم على رعايته، التفاهم بصورة أفضل مع الشخص. (غراهام ووارنر، ترجمة عبود، 2013، ص58-59)

5- تشخيص مرض الزهايمر:

يتم إجراء التشخيص عادة بالحصول على شرح دقيق من المصاب بالمرض، ويمكن الحصول على هذا الشرح من صديق مقرب أو قريب، وتعد الخطوة الأولى للحصول على تشخيص هي رؤية طبيب وهذا غالباً ما يتطلب قدراً من الشجاعة، غالباً لا يرى المصابون بالخرف أنهم يعانون من أي مشكلة، لذلك يكون أحياناً من المفيد مرافقتهم أثناء الذهاب إلى الطبيب، وإذا استدعت حالة شخص ما رؤية الطبيب، ولكنه يرفض، فيجب عليك مباشرة التحدث مع الطبيب العام بالنيابة عنه، وغالباً ما يسأل الطبيب العام عن أمور تتعلق بالذاكرة والصعوبات التي يواجهها المريض في أداء المهام اليومية، فيمكن أن يقوم الطبيب العام

بنتظيم إجراء بعض الفحوصات بنفسه، ولكن يمكن تسريع مثل هذه الأمور بالتوجه إلى متخصص، ويكون هذا المتخصص عادة:

-طبيب نفسي لكبار السن (هو طبيب مختص في الاضطرابات العقلية الخاصة بكبار السن).

-طبيب الأمراض العصبية (هو طبيب متخصص في الأمراض التي لها علاقة بالجهاز العصبي).

-متخصص بأمراض الشيخوخة (هو طبيب متخصص في أمراض التي تصيب المسنين).

ولكن الطبيب الذي سيتم إحالة المرضى إليه يتم اختياره بناء على:

-عمر المرضى.

-الأعراض التي يعانون منها.

-نوع الخدمات المتوفرة لرعايتهم.

ومن المفيد أيضا رؤية أكثر من طبيب متخصص، ويستطيع الطبيب المتخصص رؤية المريض في العيادة أو في المشفى أو يذهب لرؤيته بالمنزل، حيث يذهب الأطباء النفسانيين الذين يعالجون كبار السن يذهبون غالبا لرؤيتهم في المنزل، ولكن هذا الأمر لا يكون عادة ملائما للمريض، ولكنه يسمح للطبيب بتقييم جو المنزل وقياس الكيفية التي يتعامل بها الشخص في المنزل.

وعلى الرغم من ذلك سيكون الطبيب دائما في حالة إلى أن يسأل شخصا آخر (عادة صديق مقرب أو قريب) عن وصفهم للحالة، ومن المفيد عمل قائمة بالملاحظات التي تشغل المريض والأعراض التي يمكن ملاحظتها ومتى بدأت تحدث، ويمكن أن يستغرق تقييم الحالة المرضية يوما واحدا، ويمكن أن يتم انجازه خلال بضعة أسابيع.

ويقوم الطبيب بالاستفسار عن الأمور التالية:

-الأعراض خصوصا عن المرة الأولى التي لوحظت بها هذه الأعراض وكيف تقيمت وتطورت.

-الكيفية التي تؤثر بها هذه الأعراض في الحياة وفي القيام بالمهام اليومية.

-تاريخ الشخص القديم متضمنا التاريخ الطبي والأدوية.

-وصف لشخصية العائلة.

-آراء المريض فيما يتعلق بالأعراض.

ولابد أن يتضمن التقييم الفحص البدني للتحقق من أن القلب والرئتين يعملان بطريقة سليمة، ولتحقق من وجود علامات لمرض عصبي مثل باركنسون أو السكتة الدماغية من عدمه، ولتقدير خطورة كثرة السقوط ولابد أن يتحقق التقييم النفسي من وجود أعراض الاكتئاب، الغضب والذهان (على سبيل المثال الهلوسة).

وبالإضافة إلى الفريق الطبي المتخصص لابد من توفر المعالج المهني وهو الذي بدوره يمكن أن يجري تقييما في المنزل أو في المشفى، ويمكن أن يساعد هذا في تقييم المهارات والأنشطة اليومية والمجالات التي يحتاج فيها الشخص إلى المساعدة والتكيف، كما يمكن أن يساعد في تقسيم البيئة وتحديد التغييرات والآليات التي يمكن أن تساعد في الحفاظ على الاستقلالية وتقلل من المخاطر ويجب أن يتحقق ما إذا كانت توجد مخاطر أم لا (السقوط من السلالم) وما إذا الشخص يحصل على الطعام الكافي ويستطيع إعداد الوجبات، ويمكن أن يكشف النظر في ثلاجة شخص مصاب بالخرف الكثير.

ويوجد كذلك ضمن الفريق الاختصاصي الاجتماعي الذي يدخل في تقييم المرضى فيمكن أن يساعد في تحديد المساعدة العملية التي يحتاج إليها الشخص، ويعمل على اتخاذ التدابير من أجل توفير هذه المساعدة وتقديم المشورة والمعلومات التي من شأنها أن تفي بهذه الاحتياجات، ويكون المصابون عرضة لمخاطر تتعلق بالأمور المالية، وربما تحتاج أموالهم إلى الصون بواسطة مؤتمنين أو محكمة حماية، وهو أمر آخر يمكن أن يساعد به الاختصاص الاجتماعي. (غراهام وورانر، 2013، ص 41-43)

يعد الخرف أو العته أو التدهور العقلي (Dementia) ليس عرضا اكلينيكيا قاصرا على مرضى الزهايمر وحدهم، فالمصابون بزملة داون (Down's) ومن يصابون بانسدادات واحتشاءات عديدة في الأوعية الدموية وتعاطي المزمّن للمواد التي تسبب التسمم مثل الكحول والأدوية، واضطرابات التمثيل الحيوي، ونقص إفرازات الغدة الدرقية والتهابات الأوعية الدموية، وأمراض العدوى مثل الزهري العصبي (Neurosyphilis) والأمراض الوراثية مثل خوريا هنتجون كما في باركنسون، والأورام المخية، والأورام الدموية تحت الأم الجافية (Subdural Hematomas)، واستسقاء الدماغ (Hydrouphalus) كل هذه الأمراض تؤدي إلى التدهور العقلي أو الإصابة بالخرف.

و هناك نوعا من الخرف يحدث في سن ما قبل الشيخوخة (Precenile) نتيجة لمرض يشبه في أعراقه المرضية العجيبة - بالإضافة إلى الخرف - أعراض مثل تلك التي تصحب مرض الزهايمر، ولهذا فإن مفهوم (مرض الزهايمر) أصبح يطلق الآن على كل من ذهان الشيخوخة وذهان ما قبل الشيخوخة.

ويشير الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل DSM-3R إلى أن المصاب بالخرف لابد أن تظهر عنده اضطرابات في كل من الذاكرة القصيرة والطويلة بالإضافة إلى عرض واحد على الأقل من الأعراض الأربعة الآتية:

- 1- اضطراب التفكير التجريدي.
- 2- اضطراب في الحكم عن الأشياء.
- 3- اضطرابات عقلية أخرى مثل: أفازيا، و الأبراكسيا، و الأنجوزيا -أو العمه.
- 4- تغيرات في الشخصية.

بحيث يكون لهذه الأعراض صفتي الاستمرار، أي أن الأعراض لا تحدث فقط خلال نوبات الهذيان أو الهياج التي تلم بالمرضى، كذلك التنامي (Progression) بمرور الوقت. وبالإضافة إلى ما سبق يجب أن يوجد في الشخص عرض آخر من العرضين الآتيين:
-وجود عامل عضوي له علاقة سببية بالمرض.

إذا لم توجد أدلة على وجود هذا العامل العضوي، فلا يجب أن توجد أدلة تمنع افتراض وجود هذا العامل العضوي.

كما ذكرنا سابقا، الخرف وهو من أخص الأعراض الباثولوجية في مرض الزهايمر، يشترك فيه هذا المرض مع العديد من الأمراض الأخرى، لذلك فإن التشخيص الفارق تكتفه كثير من الصعوبات، أما التشخيص المؤكد لمرض الزهايمر في الوقت الحاضر فيمكن التوصل إليه من خلال الفحص الهيستولوجي للأنسجة العصبية للمخ، إما يأخذ خزعة Biopsy من هذا النسيج، أو التشريح بعد الوفاة، ولا توجد اختبارات بيوكيميائية يمكن إجراؤها في حياة المريض.

في معظم الأحيان يكون التشخيص الوحيد المؤكد تماما هو الذي نحصل عليه بعد الوفاة. (أبو شعيشع، 2005، ص 342-343)

وبالإضافة إلى ذلك هناك العديد من الاختبارات النفسية التي تستخدم في تقييم درجة التراجع في الوظائف العليا نذكر من بينها:

1- اختبار (MMSE): (Mini-Mental State Examination)

وهو اختبار مسحي ويفيد خاصة في متابعة تطور المرض، ويعتبر اختبارا بسيطا، ويتألف من مجموعة الأسئلة تسمح في تقييم الوظائف الإستعرافية وهو ما يتعلق بتحديد حدوث الخلل في الذاكرة واللغة و الانتباه والتوجه في الزمان والمكان والتعلم والمحاكاة والمعدل الأعلى للاختبار هو (30-30) نقطة، وعندما ينخفض هذا المعدل إلى ما دون 24 نقطة فهذا يعني أن هناك خلا صريحا في الوظائف الإستعرافية ويؤخذ بعين الاعتبار بهذا الاختبار عمر المريض وكذا مستواه الثقافي والاجتماعي، حيث تنخفض هذه الحصيلة إلى 23 نقطة عند الأميين الأصحاء.

أما أهمية هذا الاختبار فتكمن في كونه يستخدم في متابعة تطور المرض، فيعتبر المريض للطور متوسط الشدة للمرض عند وصوله لمعدل ما بين (10 إلى 19) بينما يدخل في الطور الشديد للمرض عند انخفاض المعدل إلى ما دون (10) العشرة.

وغالبا ما تكون نتيجة اختبار (MMSE) عالية في المرحلة المبكرة من المرض حيث يرتكب المريض ما بين (2 إلى 3) من الأخطاء فقط، بينما تتواصل شكاوي الأهل والمحيط من استمرار تراجع الوظائف الدماغية، ومن هنا الحاجة إلى اختبار أكثر دقة وعمقا في تحديد مستوى التراجع في الوظائف العليا، وهو ما يتم بواسطة طبيب خبير عصبي نفسي، يقوم هذا الأخير بإجراء مجموعة من الاختبارات تدرس وظائف الدماغ العليا وتستمر ما بين (2-3) ساعات تسمح في النهاية بتشخيص أكثر دقة وتحديث مستوى التراجع في هذه الوظائف الدماغية، بناء على هذه النتائج، وبعد استبعاد الأمراض العصبية و النفسية المذكورة أعلاه يمكن القول أن المريض مصاب بداء الزهايمر أم لا. (أبو حامد، 2009، ص 27-28).

ويمكن للطبيب أن يقوم بإجراء اختبارات أخرى مثل: تسمية الحيوانات أو تخمين ارتفاعات الأشياء، وفي الأخير يمكن القول أن هذه الاختبارات المذكورة أن تعطي ملفا مفصلا عن التغيرات الحادثة في وظائف المخ وتساعد في تحديد الأجزاء المصابة فيه (على سبيل المثال الفص الجبهي) لدى الفرد، ويمكن أن تشير هذه الاختبارات أيضا إلى احتمالية وجود انخفاض في القدرات الإدراكية المتوقعة للفرد من عدمه. (غراهام، ووارنر، ترجمة مارك عبود، 2013، ص 43-44).

2- مقياس وكسلر للذاكرة: (Wechsler Memory Scale)

هذا الاختبار مطور عن اختبار وكسلر الذي بناه عام 1945 وهو عبارة عن اختبار موسع للذاكرة مكون من 13 مادة، وقد تم بناء الاختبار على معايير عدة تستند إلى العمر والجنس والمنطقة الجغرافية، وقنن الاختبار على عينة متوسطة 100 من انحرافها المعياري 15 وقد تم حساب الصدق والثبات لهذا المقياس كثيرا وكانت معظم معاملات الارتباط موجبة، ويحتوي الاختبار على 13 مهمة في الذاكرة تقع ضمن ثلاثة إطارات هي: الذاكرة العامة، الإنتباه والتركيز و الاسترجاع المتأخر أو طويل المدى، ففي الإطار الأول وهو قياس الذاكرة العامة الذاكرة اللفظية تحديدا يطلب من المفحوص أن يسترجع قصتين قصيرتين مباشرة بعد

تلاوتها عليه، بينما في الذاكرة الصورية يطلب من المفحوص أن يتذكر ارتباط ألوان معينة برسوم بسيطة، وفي الذاكرة طويلة المدى يطلب من المفحوص أن يسترجع معلومات تليت عليه قبل 30 دقيقة.

ويفيد هذا الاختبار في الكشف عن اضطرابات الذاكرة، خصوصا عند المدمنين على الكحول والتي م تستطع الاختبارات الإكلينيكية للكشف عنها، كما يفيد في تحديد الاضطرابات النفسعصبية الناتجة عن التلف الداخلي للدماغ. (بني يونس، 2015، ص68-69).

وهناك فحوصا أخرى تساعد على تشخيص المرض حيث يتم ترتيب إجراءاتها بواسطة اختصاصي وتتضمن الفحوصات التالية:

-التصوير المقطعي المحوسب (CT): حيث يطلق أشعة سينية عبر الدماغ في زوايا مختلفة هو يتم التقاط الأشعة بواسطة أجهزة استقبال ويتم تحليل المعلومات بواسطة كمبيوتر لصنع صورة للدماغ.

-التصوير بالرنين المغناطيسي: حيث يستخدم مغناطيسيات قوية جدا، لوصف الذرات الموجودة في الجزء الذي يتم فحصه من الجسم وتقوم نبضات الموجات الراديوية لتفتيت هذا الاصطفا، ما يتسبب في انبعاث إشارات من الذرات ويمكن قياس هذه الإشارات وبناء صورة منفصلة من الأنسجة والأعضاء.

-التصوير المقطعي بالإصدار البروتيزوني: يتم إدخال هذه التويدات المشعة إلى داخل الجسم، والتي تتلقاها الخلايا العصبية في الدماغ، ويمكن للتصوير المقطعي بالإصدار البروتيزوني كشف الإنبعاثات وضع صورة باستخدام الكمبيوتر لعمل الدماغ.

حيث تمدنا هذه الفحوصات بصورة تفصيلية للدفاع، ويمكن أن تظهر أماكن الضمور

أو التلف للمخ (غراهام ووارنر، 2013، ص45-47)

-طرق التصوير العصبي: وذلك لقياس معدل سريان الدم في مناطق المخ، وتمثيل الجلوكوز، حيث أشارت الدراسات إلى أن الفص الجداري يعتبر من المناطق الرئيسية التي

يظهر فيها هذا الاضطراب العصبوني، فقد بينت الدراسات الحديثة وجود تحلل واسع الانتشار في الفص الجداري، وكذلك في الفصوص الصدغية والأمامية تحديدا -كما تشير الدراسات - فإن الفص الجداري يتأثر بصفة خاصة في مرضى الزهايمر الذين يصابون بهذا المرض في مرحلة مبكرة في حياتهم -على حين يتأثر الفص الصدغي بصورة أكبر في المرضى الذين يصابون في مرحلة متأخرة من حياتهم بهذا المرض. (أبو شعيشع، 2005، ص345)

-تداخل مرضى الزهايمر والاكتئاب: إن تحديد ما إذا كان شخص مصابا بالاكتئاب أو بداية مرض الزهايمر أو الاثنين معا مهم جدا في تحديد العلاج الأفضل، ويمكن للائحة التالية المشتملة على بعض الاختلافات بين الاكتئاب وبداية مرض الزهايمر أن تساعد في التشخيص:

-قد لا يبذل الشخص المصاب بالاكتئاب جهدا كبيرا للأداء بصورة جيدة في الاختبارات التي يستعملها الأطباء لتقييم الذاكرة، أم الشخص غير المكتئب وإنما المصاب بمرض الزهايمر، فيتعاون عادة ويحاول إنجاز المهام بأفضل ما يستطيع.

-إن الشخص المصاب بالاكتئاب قد لا يستمتع بالتجارب الممتعة أو المسلية عادة أما المصاب بداية مرض الزهايمر فيستمر عادة في الاستمتاع بالنشاطات التي يجدها ممتعة أو مسلية.

-يستمر الشخص الذي يعاني من الاكتئاب في التحدث وفهم الكلام ويستطيع إنجاز النشاطات الحركية التي تعلمها بصورة جيدة ومن دون صعوبة، أما المصاب ببداية مرض الزهايمر فقد يواجه صعوبة في التكلم وتسمية الأشياء والكتابة وفهم اللغة وقد يواجه صعوبة أيضا في إنجاز النشاطات الشائعة مثل ارتداء الثياب.

-يستجيب الشخص المكتئب بصورة جيدة للعلاج المضاد للاكتئاب، أما المصاب ببداية مرض الزهايمر غير المصحوب بالاكتئاب فلا يستجيب لمضادات الاكتئاب ومن جهة يكشف المصاب ببداية مرض الزهايمر والاكتئاب عن بعض التحسن مع الأدوية المضادة

للاكتئاب بالفعل قد تتحسن عوارض الاكتئاب لكن الدواء لا يعالج خصائص مرضى الزهايمر. (كراملينغر، 2002، ص 163)

6-أساليب وطرق علاج مرض الزهايمر:

لاشك في أن التشخيص المبكر لا يعني الشفاء في الأمراض تلقائياً، لكن عند الكشف المبكر يمكن الاعتناء بالمرضى بطريقة أفضل وتقييم فاعلية الأدوية والتوقف عن تناولها إذا لم تكن مفيدة، فبعضها يقدم على التصدي للمرض في مراحله المختلفة، والبعض الآخر يقتصر على إبطاء تقدم المرضى، وفي الوقت الحالي يتم التحقق والتثبت من أكثر من 40 عقاراً.

ومن أشهرها الأدوية المستخدمة في علاج المرض هي كالتالي:

-العقاقير المضادة للأميلويد: تم تطوير بعض العقاقير التي تحد من مستويات بروتين "الأميلويد" (هو بروتين في أدمغة المصابين بمرض الزهايمر) أو تقلل من تكوين بروتين الأميلويد، كما نجد العلماء أيضاً يبحثون في إمكانية تطعيم الأشخاص ضد الأميلويد.

-علاجات التاو: يتعرض مركب "تاو" الذي يساعد على الحفاظ على شكل خلايا الدماغ إلى خلل لدى المصابين بمرض الزهايمر ويكون نتيجة هذا الخلل تغير شكل خلايا الدماغ وموتها، الأمر الذي يترتب عليه تكون تشابكات يطلق عليها "لودجات" ويعتبر موت خلايا الدماغ هو المسؤول عن ظهور أعراض الخرف وتبشير العقاقير التي تعمل على تقليل النزع الذي ينتابه الخلل من بروتين "تاو" يعالج واعد لمرض الزهايمر.

-عامل نمو العصب: ثم مدخل للعلاج هو زيادة مستويات عامل نمو العصب الكيميائي ويوجد هذا في جميع الأدمغة ويساعد في الحفاظ على صحة الخلايا العصبية، وقد تمت دراسة العديد من العقاقير التي تستخدم في زيادة مستويات عامل نمو العصب والتي تتضمن الستاتينات والتي تستخدم في علاج الكوليسترول المرتفع، ويجري البحث العلمي على العديد من المركبات الأخرى مثل: أوميغا 3 والكثير من العقاقير الأخرى. (غراهام ووارنر، ترجمة مارك عبود، 2013، ص 58-59).

-عقاقير تثبط من دور "إنزيم إستركولين": هذا الإنزيم الذي يعوق عمل "استيل كولين" الذي يساعد في نقل المعلومات عبر الشبكة العصبية بالمخ وهذا خلال 6 أشهر أو سنة من العلاج، وقد يتأخر مفعول تلك الأدوية عند بعض المرضى، وقد يصاحب هذه العقاقير بعض الأعراض الجانبية الطفيفة المتمثلة في حالات الإسهال والغثيان والقيء وفقدان الشهية، ويوجد حالياً ثلاثة أنواع من العقاقير في هذا الصنف:

1- دونيبيزيل (أريسيبت)، 2- ريفاستيغامين (إكسيلون)، 3- غلانتامين (ريمينيل).

-عقاقير مثل (Memantine): يصفها الأطباء عادة وهي التي تحمي خلايا المخ من الفساد، وتعمل على تحسين العمليات الذهنية كالذاكرة والانتباه والتفكير، واللغة والقيام بالمهام البسيطة.

-عقاقير تحتوي على إنزيم تحويل الموتير الوعائي: (Angiotensin-Converting enzyme inhibitor (ACE): فقد أثبتت الدراسات أن العقاقير التي تحتوي على هذا الإنزيم قد ساعدت في تقليل الالتهابات التي تساعد في ازدياد تأثير ونمو مرض الزهايمر.

وهناك بعض الأبحاث العلمية التي أجريت على الفئران أشارت إلى أن الخلايا الجذعية العصبية تساعد على الحفاظ على الذاكرة، ويأمل الباحثون في الوقوف على علاج للحصول على نتيجة مماثلة بالإنسان.

وهناك بعض الدراسات كذلك أجريت في الولايات المتحدة والبرازيل أثبتت أن عقار الأنسولين المستخدم لعلاج السكر قد يساهم في العلاج على خلايا المخ المسؤولة عن الذاكرة. (www.alukah.net translate).

-الستاتينات: هي مجموعة من العقاقير المستخدمة في علاج الكوليسترول المرتفع ويمكن أن تساعد في الوقاية من الخرف، ولكنه من غير المعلوم مدى قدرتها على تحسين أعراض الخرف التي بدأت بالفعل.

-جينكوبيلويا: هو مستخلص نبات واسع الاستخدام وكان هدف العديد من التجارب الطبية، وللأسف يبدو أن له تأثير متواضع في علاج الزهايمر.

الوقاية الغذائية من مرض الزهايمر:

- استخدام البروتين للوقاية من مرض الزهايمر.
 - عصير الفواكه والخضر يقي من الزهايمر.
 - زيت السمك يمنع من حدوث المرض نوع معين وهو DHA وهو أحد أشكال أوميغا3.
 - بهارات الكاري قد تقاوم دار الزهايمر المادة الملونة والمعروفة بالكركم يمكن أن تبطئ من تراكم الصفائح ومفرزاتها).
 - السليكا في مياه الشرب تقي من الزهايمر.
 - حيث ذهبت دراسة فرنسية حديثة إلى أن وجود السيلكا أو "ثاني أكسيد السيليكون" بتركيزات عالية في مياه الشرب تقي من الزهايمر.
- الوقاية من مرض الزهايمر:**

قامت دراسة علمية قام بها فريق من الباحثين ألمان وأمريكان ونشرت في مجلة (Analysis of Neurology) الأمريكية المتخصصة أن الرياضة والنشاط البدني يساهمان في توليد خلايا عصبية جديدة في المخ، كما أظهرت وجود صلة بين النشاط البدني وانخفاض خطر الإصابة بمرض ضمور الأعصاب ومرض الزهايمر.

وأظهرت دراسات عدة أن الأشخاص المتقدمين في السن والذين يمارسون الرياضة بصفة منتظمة أقل عرضة من الإصابة والاضطرابات العصبية وفقدان الفهم والمعرفة والإدراك التي هي علامات الزهايمر. (www.psyco-dz.info)

خلاصة:

من خلال تعرضنا لمرض الزهايمر في هذا الفصل يتضح لنا أنه من أخطر الأمراض التي يمكن أن تصيب الأفراد، وهو فقدان تدريجي للذاكرة ويمتد إلى باقي الوظائف الإدراكية وتصاحبه اضطرابات نفسية، وهو من الأمراض الشائعة خاصة لدى المسنين، وهذا ما يجعل مرضاه يحتاجون إلى دعم العائلة والأصدقاء والسلطات المختصة التي من شأنها أن تساهم وتحسن جودة حياتهم.

الفصل الخامس:

الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1- الدراسة الاستطلاعية

2- منهج الدراسة الأساسية

3- عينة الدراسة وخصائصها

4- مجالات الدراسة

5- أداة البحث

6- الأساليب الإحصائية المستخدمة في معالجة البيانات

تمهيد:

تعتبر الإجراءات المنهجية العمود الفقري في البحوث الاجتماعية والنفسية من أهم الخطوات التي يسلكها الباحث من أجل أن يضمن الإطار الصحيح لبحثه كما أنها تساعد في تدعيم الجانب النظري ميدانياً وذلك في إثبات أو نفي الفرضية التي طرحها الباحث، وسوف نتناول في هذا الفصل مجموعة من الإجراءات المنهجية التي تم استخدامها والاعتماد عليها في إنجاز هذه الدراسة، حيث اعتمدنا مجالات الدراسة المتمثلة في المجال الزمني والمجال المكاني والبشري، كما وضعنا المنهج الذي اعتمدناه في الدراسة والأداة التي تم استخدامها في جميع البيانات من المبحوثين وكذا الأساليب الإحصائية المعتمدة.

1- الدراسة الاستطلاعية:

إن الدراسة الاستطلاعية هي دراسة أولية منهجية والذي قدر عددها بـ(20) متكفل ومتكفلة في كل بحث تسبق الدراسة الأساسية لمعرفة واقع ميدان البحث، ولقد أفادتنا في اختيار عينة الدراسة والمعنوية بـ (التكفل النفسي بمرضى الزهايمر دراسة ميدانية على عينة من المسنين)، وكذلك ساعدتنا في اكتشاف كل الإمكانيات المادية والبشرية التي تسهل الوصول إلى أهداف البحث والتعرف على أفراد العينة وذلك بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية. المركز الصحي للمجاهدين أحمد القبائلي بـ 300 مسكن ولاية المسيلة وذلك وفقا لتشخيص الفريق الطبي المتواجد في المركز وبالنسبة للحالات المتواجدة في الأسر فقد اعتمدنا على تشخيص الأطباء الذين يتابعون حالاتهم.

2- منهج الدراسة الأساسية:

المنهج هو الطريقة التي يتعين على الباحث أن يلتزم بها في بحثه، حيث يتقيد بإتباع مجموعة من القواعد العامة التي تهيم على سير البحث ويسترشد بها الباحث في سبيل الوصول إلى الحلول الملائمة لمشكلة البحث. (خضر، 1992، ص17)

وقد عرفه عبد الرحمان بدوي بأنه: فن التنظيم الصحيح لسلسلة الأفكار العديدة من أجل الكشف عن الحقيقة حي نكون جاهلين بها. (بدوي، 1977، ص4)

وفي هذه الدراسة تم إتباع المنهج الوصفي التحليلي الأنسب لمثل هذه الدراسات، ولقد عرفه الباحث أحمد شفيق على أنه الطريقة لوصف الظاهرة وتصورها كميًا عن طريق جمع المعلومات المقننة عن المشكل وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسة الدقيقة. (بحوش، 2007، ص193).

ولا يقتصر البحث على جمع البيانات والحقائق وتصنيفها وتبويبها بالإضافة إلى تحليلها الكافي الدقيق المتعمق بل يتضمن أيضا قدرا من التفسير لهذه النتائج، بالإضافة إلى استخدام أساليب القياس والتفسير بهدف استخراج الاستنتاجات ذات الدلالة ثم الوصول إلى تعميمات بشأن الظاهرة موضوع الدراسة. (عوض صابر، وخفاجة، 2002، ص87).

3- عينة الدراسة وخصائصها:

تكونت العينة في صورتها النهائية من (30) فرد وتم اختيارهم بالطريقة القصدية.

*خصائص عينة الدراسة:

حيث تكونت العينة من بعض الأطباء والأخصائيين العاملين بالمركز الصحي للمجاهدين أحمد القبائلي ب 300 مسكن وكذلك من بعض الأسر التي تكفل مريض الزهايمر بولاية المسيلة.

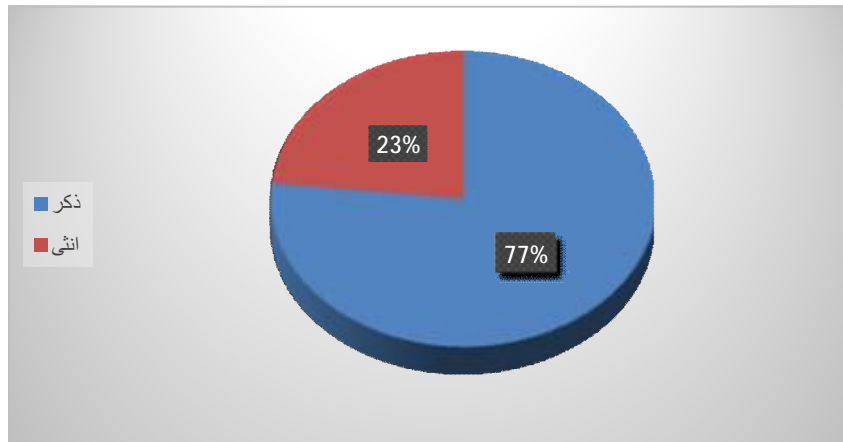
البيانات الشخصية:

الجنس:

الجدول رقم (01): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس

الجنس	التكرارات	النسبة المئوية
ذكر	23	76,7
أنثى	7	23,3
المجموع	30	100

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ حجمهم إجمالاً (30) فرداً، نلاحظ أن حجم الذكور (23) بنسبة 76.7 %، أما الإناث فقد بلغ عددهن (7) أنثى بنسبة قدرت بـ 23.3%. كما هو موضح من خلال الشكل التالي:



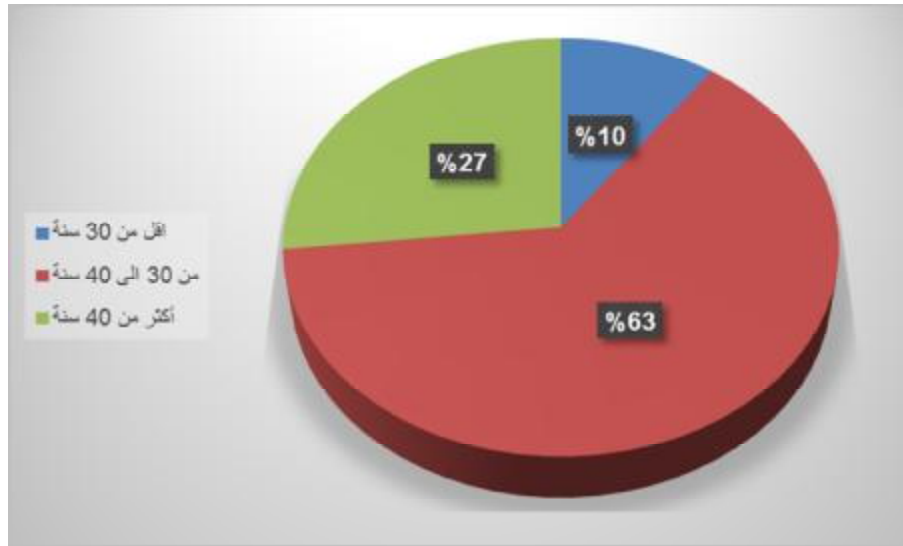
الشكل رقم (01) يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس

السن:

الجدول رقم (02): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن

النسبة المئوية	التكرارات	السن
10,0	3	أقل من 30 سنة
63,3	19	من 30 إلى 40 سنة
26,7	8	أكثر من 40 سنة
% 100	30	الإجمالي

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ حجمهم إجمالاً 30 فرداً، نلاحظ أن (3) فرداً يبلغ سنهم (أقل من 30 سنة) بنسبة بلغت 10%، أما الذين تتراوح أعمارهم بين 30 إلى 40 سنة فقد بلغ عددهم (19) فرداً بنسبة قدرت بـ 63,3%، في حين أن الذين تتراوح أعمارهم أكثر من 40 سنة فما فوق فقد بلغ عددهم (8) بنسبة 26,7%، وهذا ما يوضحه الشكل التالي:



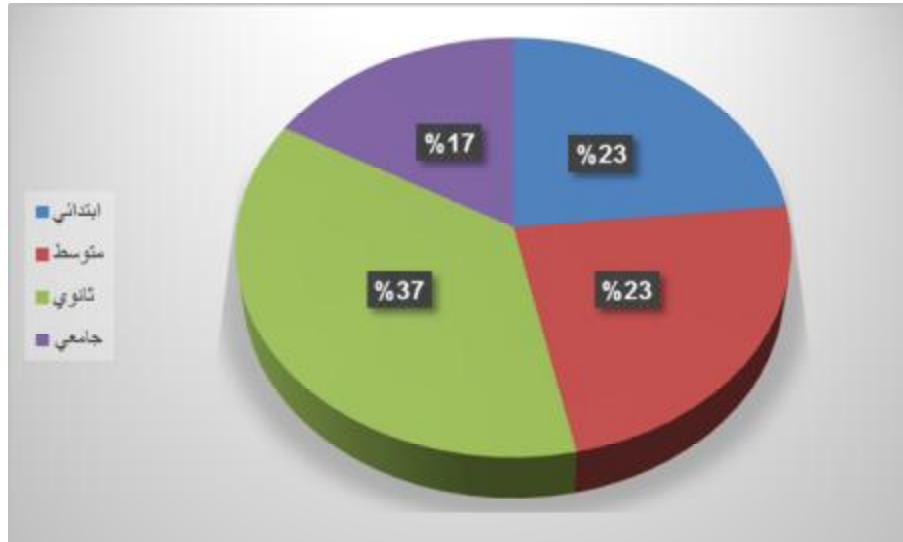
الشكل رقم (02): يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن

المستوى التعليمي:

الجدول رقم (03): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي

النسبة المئوية	التكرارات	المستوى التعليمي
23,3	7	ابتدائي
23,3	7	متوسط
36,7	11	ثانوي
16,7	5	جامعي
%100	30	المجموع

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ حجمهم إجمالاً (30) فرداً، نلاحظ أن عدد لديهم مستوى (ابتدائي) بلغ (7) بنسبة بلغت 23.3%، في حين بلغ الذين عدد لديهم مستوى (متوسط) بلغ (7) بنسبة بلغت 23.3%، أما عدد لديهم مستوى ثانوي فقد بلغ عددهم (11) بنسبة قدرت بـ 36.7%، أما عدد لديهم مستوى جامعي فقد بلغ عددهم (5) بنسبة قدرت بـ 16,7%، وهذا ما يوضحه الشكل التالي:



الشكل رقم (03): يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي

4- مجالات الدراسة:

من المفروض والواجب أن يختار الباحث مكانا مناسباً للدراسة تكون بمثابة الأرضية التي يطبق فيها أدواته، بالإضافة إلى مراعاة الزمن الكافي لتطبيق تلك الأدوات، وهذا ما دفعنا لاختيار حدود مكانية وزمانية مناسبة والتي تعبر عن مجالات لدراستنا ويمكن عرضها كما يلي:

-**المجال البشري:** المتكفلون بمرضى الزهايمر والقائمين على رعايته في الأسرة والمستشفى بمدينة المسيلة.

-**المجال المكاني:** المركز الصحي للمجاهدين أحمد القبائلي بـ 300 مسكن بالمسيلة وبعض الأسر الذين يكفلون مريض الزهايمر بمدينة المسيلة.

-**المجال الزمني:** تم إجراء الجانب الميداني للدراسة بداية 2018/03/08 إلى غاية 2018/04/09.

5- أداة البحث:

والمتمثلة في استمارة الاستبيان كأداة أساسية في دراستنا ، ويمكن تعريفه بأنه مجموعة من الأسئلة المرتبة حول موضوع معين يتم وضعها في استمارة ترسل إلى الأشخاص المعنيين بالدراسة، إما بالبريد أو التسليم المباشر تمهيدا للحصول على أجوبة لأسئلة الاستمارة، وبواسطتها يمكن التوصل إلى حقائق جديدة حول الموضوع أو التأكد من المعلومات المتعارف عليها لكنها غير مدعمة بحقائق. (بحوش، 2001، ص67)

وقد احتوت في بحثنا هذا على 37 سؤالاً مقسمة على ثلاثة محاور:

-**المحور الأول:** أسئلة متعلقة بالبيانات الشخصية، حيث احتوت على 03 أسئلة تبين خصائص العينة وهي (الجنس، السن، المستوى التعليمي)

-**المحور الثاني:** أسئلة متعلقة بالكفالة النفسية الأسرية للمسنين المصابين بالزهايمر وكان العدد 19 سؤالاً.

-المحور الثالث: أسئلة متعلقة بالكفالة النفسية داخل المشفى والذي قدر عددها بـ 14 سؤالاً.

حيث اعتمدنا على الأسئلة المتعلقة، وعدد بدائل الإجابة كان بنعم أولاً، وكان توزيع استمارات الاستبيان على عينة الدراسة، حيث استغرقت الدراسة مدة (15) يوم.

الخصائص السيكومترية لاستبيان التكفل النفسي:

بعد تفرغ البيانات المتحصل عليها من طرف أفراد العينة، تم حساب الخصائص السيكومترية لاستبيان التكفل النفسي، وذلك من أجل التأكد من ثبات وصدق المقياس.

1-الصدق: تم حساب الصدق عن طريق حساب الاتساق الداخلي للمقياس بطريقة:

-حساب معامل الارتباط بيرسون بين عبارات المحاور مع الدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه:

أولاً: حساب معامل الارتباط بيرسون بين عبارات محور (التكفل النفسي داخل الأسرة) مع الدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (04): مصفوفة الارتباط بين فقرات المحور الأول مع الدرجة الكلية للمحور

الدرجة الكلية			الدرجة الكلية			الدرجة الكلية		
1	معامل الارتباط	14	,615**	معامل الارتباط	8	,690**	معامل الارتباط	1
	مستوى الدلالة		,004	مستوى الدلالة		,001	مستوى الدلالة	
	حجم العينة		20	حجم العينة		20	حجم العينة	
2	معامل الارتباط	15	,639**	معامل الارتباط	9	,514*	معامل الارتباط	2
	مستوى الدلالة		,002	مستوى الدلالة		,020	مستوى الدلالة	
	حجم العينة		20	حجم العينة		20	حجم العينة	
3	معامل الارتباط	16	,488*	معامل الارتباط	10	,769**	معامل الارتباط	3
	مستوى الدلالة		,029	مستوى الدلالة		,000	مستوى الدلالة	
	حجم العينة		20	حجم العينة		20	حجم العينة	
4	معامل الارتباط	17	,674**	معامل الارتباط	11	,715**	معامل الارتباط	4
	مستوى الدلالة		,001	مستوى الدلالة		,000	مستوى الدلالة	
	حجم العينة		20	حجم العينة		20	حجم العينة	
5	معامل الارتباط	18	,732**	معامل الارتباط	12	,862**	معامل الارتباط	5
	مستوى الدلالة		,000	مستوى الدلالة		,000	مستوى الدلالة	
	حجم العينة		20	حجم العينة		20	حجم العينة	
6	معامل الارتباط	19	,673**	معامل الارتباط	13	,738**	معامل الارتباط	6
	مستوى الدلالة		,001	مستوى الدلالة		,000	مستوى الدلالة	
	حجم العينة		20	حجم العينة		20	حجم العينة	
7	معامل الارتباط			معامل الارتباط		,798**	معامل الارتباط	
	مستوى الدلالة			مستوى الدلالة		,000	مستوى الدلالة	
	حجم العينة			حجم العينة		20	حجم العينة	

تشير البيانات الموضحة في الجدول رقم 04 إلى أن قيم معاملات الارتباط لفقرات (التكفل داخل الأسرة) والدرجة الكلية للمقياس جاءت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0,01$) حيث تراوحت جميعها بين (0,57) و (0,86)، ما عدا العبارة رقم (16/2) كانت دالة عند مستوى الدلالة (0,05) حيث تراوحت على التوالي (0,48/0,51). وهذا ما يؤكد مدى التجانس وقوة الاتساق الداخلي للمحور كمؤشر لصدق التكوين في التكفل النفسي داخل الأسرة.

ثانياً: حساب معامل الارتباط بيرسون بين عبارات محور (التكفل النفسي داخل المستشفى) مع الدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه كما هو مبين في الجدول التالي:
جدول رقم (05): مصفوفة الارتباط بين فقرات المحور الثاني مع الدرجة الكلية للمحور

الدرجة الكلية		الدرجة الكلية		الدرجة الكلية	
1	معامل الارتباط	11	معامل الارتباط	6	معامل الارتباط
	مستوى الدلالة		مستوى الدلالة		مستوى الدلالة
	حجم العينة		حجم العينة		حجم العينة
2	معامل الارتباط	12	معامل الارتباط	7	معامل الارتباط
	مستوى الدلالة		مستوى الدلالة		مستوى الدلالة
	حجم العينة		حجم العينة		حجم العينة
3	معامل الارتباط	13	معامل الارتباط	8	معامل الارتباط
	مستوى الدلالة		مستوى الدلالة		مستوى الدلالة
	حجم العينة		حجم العينة		حجم العينة
4	معامل الارتباط	14	معامل الارتباط	9	معامل الارتباط
	مستوى الدلالة		مستوى الدلالة		مستوى الدلالة
	حجم العينة		حجم العينة		حجم العينة
5	معامل الارتباط	*	معامل الارتباط	10	معامل الارتباط
	مستوى الدلالة		مستوى الدلالة		مستوى الدلالة
	حجم العينة		حجم العينة		حجم العينة

تشير البيانات الموضحة في الجدول رقم 05 إلى أن قيم معاملات الارتباط لفقرات (التكفل داخل المستشفى) والدرجة الكلية للمحور جاءت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0,01$) حيث تراوحت جميعها بين (0,57) و (0,86)، ما عدا العبارة رقم (12/2) كانت دالة عند مستوى الدلالة (0,05) حيث تراوحت على التوالي (0,513/0,511). وهذا ما يؤكد مدى التجانس وقوة الاتساق الداخلي للمحور كمؤشر لصدق التكوين في التكفل النفسي داخل المستشفى.

الطريقة الثانية: حساب معامل الارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية لكل محور مع الدرجة الكلية للاستبيان:

جدول رقم (06) يوضح معامل الارتباط بين محاور الاستبيان والدرجة الكلية للاستبيان.

القرار	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	ابعاد الاستبيان
دال إحصائيا عند 0,01	,000	0,967**	التكفل النفسي داخل الأسرة
دال إحصائيا عند 0,01	,000	0,951**	التكفل النفسي داخل المستشفى

تشير البيانات الموضحة في الجدول رقم (06) إلى أن جميع قيم معاملات الارتباط لمحاور الاستبيان والدرجة الكلية للاستبيان كلها دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0,01$) حيث تراوحت جميعها على التوالي (0,96) و (0,95) وهذا ما يؤكد مدى التجانس وقوة الاتساق الداخلي للاستبيان كمؤشر لصدق التكوين في قياس التكفل النفسي بالمسنين.

-الثبات:

تم التأكد من ثبات الاستبيان بطريقة:

1-معامل ألفا كرونباخ للتناسق الداخلي: تم حساب معامل الثبات ألفا كرونباخ لهذا الاستبيان فتحصلنا على النتيجة التالية

الجدول رقم (07): يوضح معامل ألفا كرونباخ لمحاور الاستبيان والدرجة الكلية

عدد العبارات	معامل ألفا كرونباخ	المحاور والدرجة الكلية للاستبيان
19	0,761	التكفل النفسي داخل الأسرة
14	0,770	التكفل النفسي داخل المستشفى
2 محاور	0,920	الاستبيان (التكفل النفسي بالمسنين) ككل

يتضح من الجدول السابق رقم (07) أن قيمة معامل ألفا كرونباخ لاستبيان الاستبيان (التكفل النفسي بالمسنين) ككل جاء مرتفع حيث بلغ معامل ألفا كرونباخ (0.80) أما بالنسبة لمحاور الاستبيان فقد بلغ معامل ألفا كرونباخ على التوالي (0,92 / 0,76) وهذا

بمثابة مؤشر دال على ثبات الاستبيان، وهذا يعني أن الاستبيان يتمتع بمعامل ثبات قوي مما يجعله صالحاً للتطبيق في الدراسة الأساسية.

6- الأساليب الإحصائية المستخدمة في معالجة البيانات:

- تمت معالجة البيانات وتحليلها باستخدام الطريقة اليدوية والتأكد من النتائج باستخدام الحاسب الآلي من خلال برنامج ال-SPSS-(الحزمة الإحصائية في العلوم الإنسانية والاجتماعية) وتم استخدام:
- معامل الارتباط بيرسون.
 - معامل الارتباط ألفا كرونباخ.
 - النسب المئوية.
 - المتوسطات الحسابية.
 - الانحرافات المعيارية.
 - t.test لعينة واحدة.

خلاصة:

أوضح هذا الفصل من خلال استعراض إجراءات الدراسة الميدانية وفقا للدراسة الاستطلاعية والأساسية وذلك فيما يخص التكفل النفسي بمريض الزهايمر. وعليه نحاول في الفصل الموالي عرض نتائج الدراسة من خلال استنتاج البيانات المتحصل عليها بعد التطبيق، ومحاولة تفسيرها في ضوء التنظيم المعتمد، وكذلك بناء على نتائج الدراسات السابقة وموقع الدراسة الحالية من ذلك.

الفصل السادس:

عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة

1- عرض نتائج الدراسة

2- مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات

3- الاستنتاج العام

1- عرض نتائج الدراسة:

أولاً: الإجابة على التساؤل الأول: والذي نص على: ما مستوى الرعاية الأسرية بمرضى الزهايمر المسنين؟

وللإجابة على هذا التساؤل تم استخدام اختبار (T_{test}) لعينة واحدة للمقارنة بين المتوسط الحسابي لأفراد العينة مع المتوسط النظري لمحور الرعاية الأسرية كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (08): نتائج الاختبار التائي لدلالة الفرق بين المتوسط الحسابي والمتوسط النظري.

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط النظري	الفرق بين المتوسطين	قيمة (T_{test})	مستوى الدلالة	درجة الحرية	القرار
التكفل داخل الأسرة	12,8667	4,50848	9,5	3,36667	4,090	,000	29	دال عند 0,01

لأجل الإجابة على التساؤل جرى معالجة البيانات التي تم الحصول عليها من تطبيق استبيان التكفل النفسي بالزهايمر على العينة المؤلفة من (30) وبعد استخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لها ومقارنتها بالمتوسط النظري لمحور الرعاية الأسرية تبين أن متوسط درجات أفراد العينة في محور الرعاية الأسرية بلغ (12.86) درجة وبانحراف معياري قدره (4,50) درجة، وعند إجراء المقارنة بين المتوسط الحسابي المتحقق (المحسوب) والمتوسط النظري البالغ (9.5) درجة، حيث أن الفرق بين المتوسطين بلغ (3,36) درجة، [و باستخدام الاختبار التائي لعينة واحدة وسيلة إحصائية في المعالجة، تبين أن الفرق دال إحصائياً بين كلا الوسطين المحسوب والنظري لصالح المحسوب، وما يؤكد ذلك هو قيمة (T_{test}) التي بلغت (4,09) وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.01$)] ونسبة التأكد من هذه النتيجة هي 99% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 1%.

هذا يعني أن مستوى الرعاية الأسرية بمرضى الزهايمر المسنين متوسطة.

- ثانياً: الإجابة على التساؤل الثاني:

والذي نص على: ما مستوى التكفل بمرضى الزهايمر المسنين داخل المشفى؟

وللإجابة على هذا التساؤل تم استخدام اختبار (T.test) لعينة واحدة للمقارنة بين المتوسط الحسابي لأفراد العينة مع المتوسط النظري لمحور التكفل بمرضى الزهايمر المسنين داخل المشفى كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (09) نتائج الاختبار التائي لدلالة الفرق بين المتوسط الحسابي والمتوسط النظري.

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط النظري	الفرق بين المتوسطين	قيمة (T.test)	مستوى الدلالة	درجة الحرية	القرار
التكفل داخل المستشفى	12,6667	0,95893	7	5,6666	32,367	0,000	29	دال عند 0,01

لأجل الإجابة على التساؤل جرى معالجة البيانات التي تم الحصول عليها من تطبيق استبيان التكفل النفسي بمرضى الزهايمر على العينة المؤلفة من (30) وبعد استخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لها ومقارنتها بالمتوسط النظري لمحور التكفل بمرضى الزهايمر المسنين داخل المشفى ، تبين أن متوسط درجات أفراد العينة في محور التكفل بمرضى الزهايمر المسنين داخل المشفى بلغ (12.66) درجة وبانحراف معياري قدره (0,95) درجة وعند إجراء المقارنة بين المتوسط الحسابي المتحقق (المحسوب) والمتوسط النظري البالغ (7) درجات، حيث أن الفرق بين المتوسطين بلغ (5,66) درجة، [وباستخدام الاختبار التائي لعينة واحدة وسيلة إحصائية في المعالجة، تبين أن الفرق دال إحصائياً بين كلا الوسطين المحسوب والنظري لصالح المحسوب، وما يؤكد ذلك هو قيمة (T.test) التي بلغت (32,367) وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.01$)] ونسبة التأكد من هذه النتيجة هي 99% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 1%.

هذا يعني أن مستوى التكفل بمرضى الزهايمر المسنين داخل المشفى عالية.

الإجابة على التساؤل الرئيسي:

والذي نص على: ما مستوى التكفل النفسي بمرضى الزهايمر لدى عينة من المسنين؟
وللإجابة على هذا التساؤل تم استخدام اختبار (T.test) لعينة واحدة للمقارنة بين المتوسط الحسابي لأفراد العينة مع المتوسط النظري للاستبيان كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (10) نتائج الاختبار التائي لدلالة الفرق بين المتوسط الحسابي والمتوسط النظري.

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط النظري	الفرق بين المتوسطين	قيمة (T.test)	مستوى الدلالة	درجة الحرية	القرار
الاستبيان ككل	25,5333	4,64412	16,5	9,03333	10,654	0,000	29	دال عند 0,01

لأجل الإجابة على التساؤل جرى معالجة البيانات التي تم الحصول عليها من تطبيق استبيان التكفل النفسي بمرضى الزهايمر على العينة المؤلفة من (30) وبعد استخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لها ومقارنتها بالمتوسط النظري للاستبيان بلغ (25.53) درجة ويا انحراف معياري قدره (0,95) درجة، وعند إجراء المقارنة بين المتوسط الحسابي المتحقق (المحسوب) والمتوسط النظري البالغ (16,5) درجة، حيث أن الفرق بين المتوسطين بلغ (9,03) درجة، [وباستخدام الاختبار التائي لعينة واحدة وسيلة إحصائية في المعالجة، تبين أن الفرق دال إحصائياً بين كلا الوسطين المحسوب والنظري لصالح المحسوب، وما يؤكد ذلك هو قيمة (T.test) التي بلغت (10,654) وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.01$)] ونسبة التأكد من هذه النتيجة هي 99% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 1%.

هذا يعني أن مستوى التكفل بمرضى الزهايمر المسنين متوسط.

2- مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات :

بعد المعالجة الإحصائية لنتائج الدراسة التطبيقية ومن خلال استجابات أفراد.

2-1- مناقشة الفرضية الأولى: والتي تنص على أن مستوى التكفل النفسي بمرض الزهايمر المسن في الأسرة متوسطة.

فإن النتائج قد أظهرت صحة هذه الفرضية -انظر إلى الجدول رقم 08 ويرجع ذلك لاعتبارات عديدة منها:

-أن مشكلة المسنين داخل المجتمع متعددة المناحي والمظاهر النفسية والاجتماعية والصحية وخاصة وأن مريض الزهايمر يفقد مهارات التواصل ومهارات الاعتناء بالذات من نظافة ومأكل ومشرب وترتيب وهو ما يعتبر أمرا مجهدا بالنسبة لبعض الأسر الأمر الذي يحول دون توفير الرعاية الكاملة بمرضى الزهايمر

-كما يرجع الباحث إلى أن معظم الأسر في ولاية المسيلة لا تتقبل هذا المرض ويرجع ذلك العوامل منها: نقص المعلومات والخبرات الكافية التي تساعد على التعامل مع المريض بالشكل الصحيح أو عدم التكيف مع هذا النوع من الأمراض، ومنه يجب على هؤلاء أخذ دورات تدريبية وتثقيفية أو استشارة أهل التخصص حول كيفية التدخل المناسب.

- ومن جهة أخرى ونتيجة للتطور الحضاري فقدت الأسرة قيمتها المرتبطة بالدور المنوط إليها اجتماعيا، مما أدى إلى إهمالها لكبار السن وهذا ما نتج عنه آثار سلبية على الحياة النفسية والاجتماعية للمسن، و من بين المشكلات والمتاعب والضغوط التي يواجهها الشيوخ والمسنون ونتيجة للعلاقات الأسرية التي لا تكون في مسارها الطبيعي نجد:

1. مشكلة الشعوب بالفراغ والوحدة والقلق بسبب تحول في المكانة الاجتماعية داخل الأسرة
2. الحساسية الناجمة عن الشعور بافتقاد اهتمام الأهل والأقارب مما يزيد في تقاوم المرضى
3. المشكلات النفسية التي قد تتحول إلى حالات مرضية .
4. مشكلات صحية أو مادية كالإصابة ببعض الأمراض كالزهايمر مثلا وغيرها من الأمراض.

وبحكم تركيبة المجتمع الجزائري الذي تطور من نظام الأسرة الممتدة إلى نظام الأسرة النووية، هذا التغيير أدى إلى ضعف أواصر الروابط الأسرية وبمقارنة نتائج هذه الفرضية مع نتائج الدراسات السابقة نجدها اتفقت جزئياً مع دراسة عواطف إبراهيم (2002) حيث أكدت على ضرورة المساندة الاجتماعية (الأسرية) والتي أشعلت نتائجها على أن الفروق بين المسنين المقيمين مع الأسر والمسنين المقيمين بدور الرعاية كانت لصالح المقيمين مع الأسرة.

كما نجد أن الاعتقاد المسبق بأن رعاية المسن وخاصة مريض الزهايمر هو عمل مجهد، حيث أصبح المريض يمثل عبئاً ثقيلاً وهناك بعض الأسر تنتظر لكبار السن والشيخوخة بشكل عام على أنها حالة ياثولوجية في حدتها ناهيك عن إصابة هؤلاء بالأمراض الخطيرة بمرضى الزهايمر، ويجب على الآخرين تحمل متاعبهم، وبالتالي يشعر المريض انه عالة على أسرته ولأنه حسب النظرية التبادلية حيث يقول مارتن (1971) أن كبير السن الذي لا يملك إلا القليل مجبر على دفع الكثير لزيادة أقرائه للتفاعل معه، أما كبير السن الذي يملك الكثير من مصادر المال أو بعض القدرات كسرد الروايات يكون في حال أفضل، وفي حالات كثيرة يكون للمالك النصيب الأكبر في علاقته بأقربائه، ويمكن تفسير مركز كبار السن ومكانتهم في المجتمع من خلال هذه النظرية جزئياً يفتقد إلى القيمة التبادلية فهم لا يملكون (المسنين) شيئاً يقدمونه في مقابل الرعاية والاحترام والاحتفاظ بالحقوق أي أنها تفسر تقلص للعلاقات الاجتماعية للمسنين تعود إلى افتقارهم لما يمكن أن يقدموه من منفعة أثناء تفاعلاتهم مع الآخرين، مما يجعل أفراد المجتمع لا يقبلون على بناء علاقات مع كبار السن.

ولأنه كما أوضحت هذه النظرية انه حتى في علاقة المسن بأبنائه لا يمكن وصفها أنها علاقة تبادلية حقيقية، لأن ما قدمه الآباء لأبنائهم كان في الماضي ولم يعد له وجود الآن وأصبح المسن في موقف الأخذ دون العطاء، وقد نلتمس أيضاً معاناة القائمين على رعاية

مريض الزهايمر فهم في صراع بين رغبة في تقديم يد العون وبين مأساة ناجمة عن الألعاب التي تنتج عن حماية ورعاية مريض الزهايمر.

كما لا يخفى علينا أن هناك عامل مهم، إلا وهو نقص الوازع الديني الإسلامي الذي يحث على تبجيل وتوفير رعاية الكبار في السن وخاصة المريض، وعليه فقد اتفقت هذه الدراسة مع نتائج دراسة الزبيدي (2012) والتي أسفرت نتائجها على أن التشريع الإسلامي قسم سبق التشريعات كلها في وضع الحقوق والواجبات والأحكام الفقهية الخاصة بهذه الشريحة من المجتمع وكذلك التشريع الإسلامي لم يعرف نظام التقاعد بل أمر أبناءه على العمل والسعي لكسب الرزق في كافة الأطوار العمرية فعلى المسن أن يعمل حسب طاقته لسد حاجاته، وأن أهم متطلبات المرحلة العمرية للمسنين وهي الراحة الجسمية والرعاية الصحية والغذائية والاجتماعية الحافلة مع الأهل، وتأمين مورد مالي أو ضمان اقتصادي لتوفير احتياجاتهم الضرورية.

وحيث اختلفت الدراسة الحالية مع دراسة (حجازي، 2004) حيث أسفرت نتائجها على أن على أن أوضاع الأسرة المعيشية لم تكن مواتية تماما في بعض الحالات وكذلك وجود مشكلات وصراعات في الأسرة، وقد شكا عدد كبير من كبار السن في عديد من الدور من معاكسات ومضايقات من نوع آخر كانوا قد تعرضوا لها.

2-2- مناقشة الفرضية الثانية:

والتي تنص على مستوى التكفل النفسي بمرضى الزهايمر في المستشفى متوسطة وكانت النتيجة المتحصل عليها عدم تحقق هذه الفرضية -انظر جدول رقم 09- . ويرجع تفسير ذلك إلى عدة نقاط منها:

-أن المستشفى هو عبارة عن مؤسسة تابعة لهيكل الدولة وبالتالي فهو يقوم بتقديم خدمات متنوعة ومتاحة، يشرف على تنظيمها الطاقم البشري العامل بتلك المؤسسة، هذه الخدمات من شأنها مساعدة المرضى وخاصة مريض الزهايمر الذي لديه ملف صحي كامل يشرف عليه

فريق طبي متعدد لمتابعة المرضى وذلك من خلال التبادل والتعاون مع المؤسسات الصحية الأخرى المتواجدة في مدينة المسيلة وخارجها.

- أن المسنين بشكل عام والمرضى خاصة يستفيدون من خدمات الضمان الاجتماعي وخاصة المسنون المجاهدين بالجزائر، حيث يساهم هذا المورد المالي في تكاليف العلاج والرعاية، ويعتبر كمصدر من شأنه أن يكفله من جميع النواحي.

- وهناك برامج مقامه داخل المؤسسة للاعتناء بالمرضى، كنظام الرحلات الترفيهية والقيام بزيارات ونزلات ذات طابع صحي كأخذهم إلى الحمامات المعدنية مثلا، حيث أن هذه الخدمات تساهم وتساعد في ربط المسن وخاصة مريض الزهايمر بالعالم الخارجي وبالتالي القضاء على الإحساس بالعزلة عن العالم الخارجي .

- كما يقوم الأخصائي النفسي بدوره الكامل في تقديم مجموعة من النصائح والإرشادات التي تساعد المريض المسن في الحفاظ على علاقته الاجتماعية مع المحيط، وكذلك حثه على أداء بعض الأنشطة المناسبة لقدرته ولأنه حسب الدراسات أن معظم مشكلات الشيخوخة -مرضى الزهايمر - منهم مشكلة وقت الفراغ، حيث أنه يترتب على عدم ما يشغل الوقت الضائع أو العمل المناسب أو فقدان الرقعة أو تقلص الدور الاجتماعي سواء في الحياة الأسرية والاجتماعية أو عدم استغلال الطاقة والاهتمامات، كل هذه الأمور من شأنها أن تولد وتؤثر على الحياة النفسية والاجتماعية عندهم .

وبالتالي نجد ان الترفيه وممارسة بعض الأنشطة الرياضية المناسبة لعمر كبار السن يمكن ان تساهم في زيادة نشاط وعقل المسن وفي اكتساب خبرات جديدة واستعادة وتنشيط الخبرات القديمة، ومنه تزداد استجابة خلايا الدماغ الموجودة حيث أنها عملت بأقصى طاقة ونشاط ولأنه من المعروف وحسب النظريات العلمية انه كلما زادت تفرعات ودرجات تواصل النهايات العصبية كلما زادت سرعة رد فعل المسن وبالتالي تنشيط وتحسين الذاكرة والعقل، حيث نجد هذه الدراسة قد اتفقت مع دراسة ستيفن وآخرون (1999) والتي أسفرت نتائجها على أن: النشاط والاتصال المتكرر مع الأصدقاء والأسرة يرتبطان بالدرجات المرتفعة في

وسع الذاكرة وهذا يعني ان الأفراد الذين يعتبرون أنفسهم نشطاء جسمانيا واجتماعيا ذاكرتهم أفضل وأنهم أقل قلقا عن الأقل نشاطا جسمانيا واجتماعيا، وقد تبين ان الذاكرة المدركة تتأثر بشكل سلبي أساسي بالعمر فبينما يتأثر وسع الذاكرة والقلق بالعوامل الاجتماعية .

وهذا بالإضافة إلى ان هناك عوامل عدة تؤثر في الحالة الذهنية للمسن كالتدخين مثلا وتناول العقاقير المخدرة كلها تؤدي غالبا إلى اختلالات عضوية ووظيفية وحيوية ويمكن ان تصاحبها زميلات عصبية مخية حادة كلها تزيد بزيادة القصور البدني.

ويمكن القول ان النمط الحياتي للأفراد وخاصة المسنين كتنظيم الأكل والشرب والمحافظة على أداء بعض النشاطات كالمشي المنتظم والتفاعل مع المحيط، والإيمان والاطمئنان النفسي كلها أمور تساعد على حفاظ الصحة الجيدة طوال حياة الأفراد ولأن المبدأ العام الذي يتحكم في مصير المسن هو كيفية الاعتناء بالنفس والجسم أثناء فترة الشباب، وكما تقول الحكمة العقل السليم في الجسم السليم.

وبمقارنة هذه الفرضية مع نتائج الدراسات السابقة نجدها اختلفت جزئيا مع دراسة (إبراهيم الفاروق، 2009) التي توصلت إلى أن الشعور بالوحدة وكثرة التفكير بالماضي وعدم الشعور بالأمان والطمأنينة من أكثر المشاكل الاجتماعية وأن عدم توفير مصدر دخل ثابت من أكثر المشاكل للمسنين في بيئتهم الطبيعية وبين أفراد أسرهم وتعزيز دور الأسرة وزيادة مقدرتها على رعاية أفرادها.

وقد اختلفت هذه الدراسة مع دراسة كل من (منى حميد حاتم، 2011)، و(بشير

معمرية، 2000)، و(مروة فاروق، 2007) و(عوظف إبراهيم، 2002) ودراسة (كـال 1982)

3 - النتيجة العامة:

تم التوصل في هذه الدراسة إلى النتائج التالية:

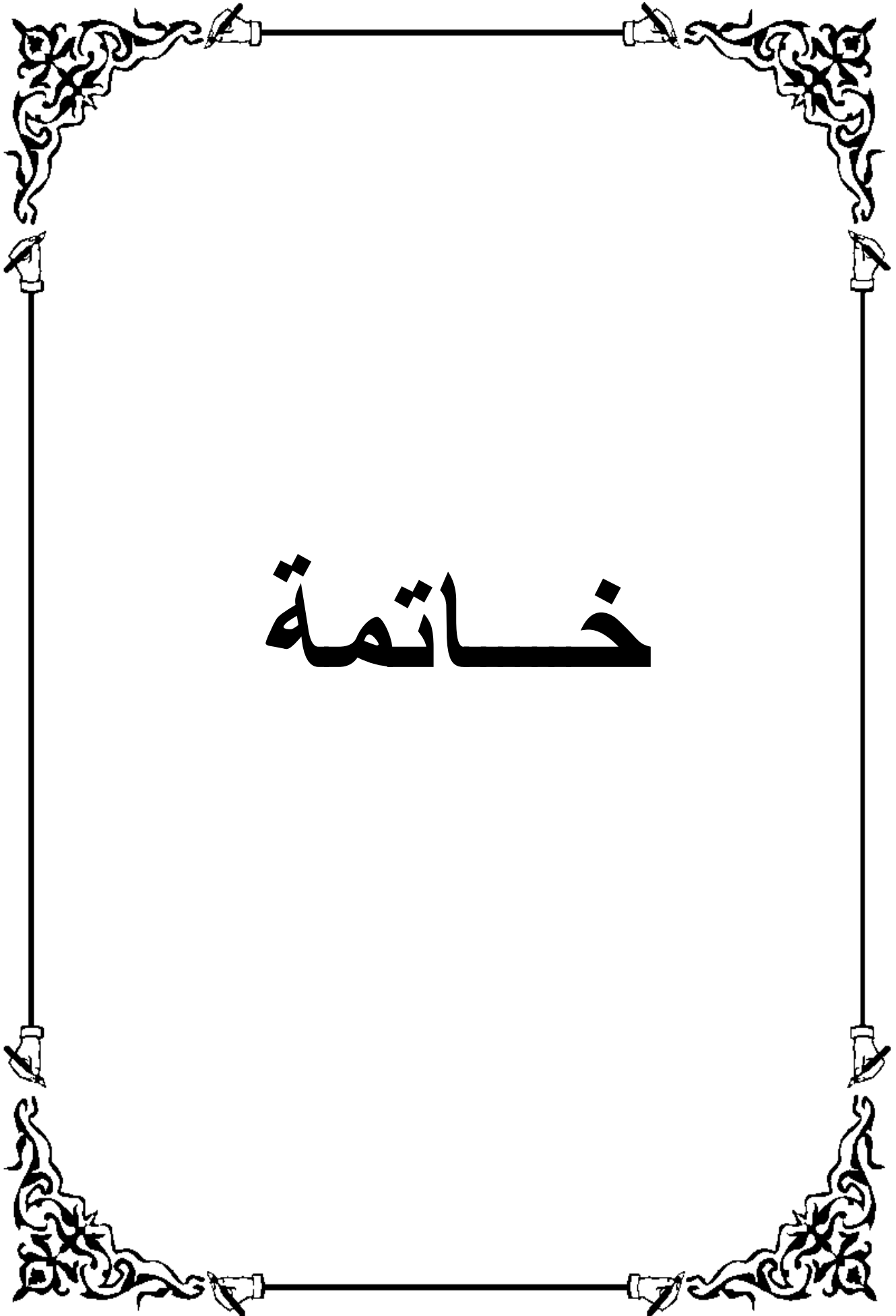
- مستوى التكفل النفسي بمريض الزهايمر لدى المسنين المتواجدين في الأسر كانت بدرجة متوسطة .

- مستوى التكفل النفسي بمريض الزهايمر لدى المسنين المتواجدين داخل المستشفى كانت عالية .

- المقترحات:

من خلال دراستنا هذه توصلنا إلى نوع من القراءة الشاملة لحيثيات وأبعاد هذا الموضوع والمتعلق بـ "التكفل النفسي لمريض الزهايمر المسن" لذا خرجنا بمجموعة من الاقتراحات والتوصيات من شأنها أن تساعد الباحثين والجهات المعنية من أجل أخذ صورة واضحة على هذا الموضوع:

- 1-تتقيف الأسر التي ترعى المسنين وتقديم الخدمات الاستشارية لهم.
- 2-زيادة وعي الأفراد والمهنيين.
- 3-العمل على التشخيص والتدخل المبكر للعلاج.
- 4-العمل على توعية العاملين بالمؤسسات (المستشفيات-دور الرعاية) بكيفية التعامل مع المسن وخاصة مريض الزهايمر.
- 5-استخدام برامج وطرق تقوية الذاكرة بفنياتها المختلفة مع فئات كبار السن.
- 6-توفير البرامج الإرشادية والتثقيفية الخاصة بالمسنين وذلك من خلال برامج الإذاعة والتلفزيون والجرائد التي تساهم في زيادة الوعي وبالتالي زيادة الاهتمام بأنفسهم.
- 7-العمل على إجراء المزيد من الدراسات المتعلقة بهذه المرحلة العمرية وخاصة التي تعاني الأمراض والفقر التام.
- 8-العمل على دمج المسنين في العمل والأنشطة بعد سن التقاعد.
- 9-مساعدة المسن على تكوين علاقات اجتماعية ناجحة من شأنها أن تحافظ على نشاطه وأدائه وبالتالي تحفظ صحة عقله وتنشط ذاكرته.
- 10-تقدير احتياجات المسن بأسلوب علمي.
- 11-تقسيم الخدمات المقدمة في ضوء احتياجات المسن.



خاتمة

خاتمة

من خلال دراستنا لموضوع التكفل النفسي بمرضى الزهايمر المسن، وبعد تناولنا شقيها النظري والتطبيقي استخلصنا أن فئة المسنين فئة لا يستهان بها من حيث العدد ومن حيث الدور وخاصة مريض الزهايمر، الذي لديه معاش خاص يتطلب تجند مؤسسات الرعاية الأسرية والمجتمعية لكي تحسن من نوعية حياته النفسية والاجتماعية والصحية، وهكذا تكون قد ساهمت ولو بجزء بسيط في إنشاء مجتمع حضاري يقوم على أساس التعاون والتكفل فيما بين أفرادهم.



قائمة المصادر والمراجع

- القرآن الكريم

قائمة المصادر والمراجع:

1. بطرس حافظ بطرس، 2008، التكيف والصحة النفسية للطفل، ط1، دار الصفاء، عمان، الأردن.
2. جمعة سيد يوسف، 2006، الصحة الجسمية والنفسية للمسنين، دار غريب، القاهرة
جيمس وارنر نوري غراهام، 2013، الزهايمر وأنواع أخرى من الحرف، ترجمة مارك عبود، ط1، المؤلف، الرياض .
3. حامد عبد السلام زهران، 1997، الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط2، عالم الكتب، القاهرة .
4. حسن مصطفى عبد المعطي، 2005، سيكولوجية المسنين، ط1، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة .
5. دلال ملحق استيتية، عمر موسى سرحان، 2012، المشكلات الاجتماعية، ط1، دار وائل، عمان الأردن .
6. رابح تركي، 2007، المعوقين في الجزائر واجب الدولة نحوهم، الشركة الوطنية الجزائر .
7. سمير أبو حامد، 2009، مرض الزهايمر (النسيان من نعمة إلى نقمة)، ط1. دار خطوات دمشق .
8. السيد أبو شعشيع، 2005، الأسس البيوكيميائية للأمراض النفسية والعصبية، ط1، جامعة بنها.
9. عبد الحميد محمد الشاذلي، 2001، التوافق النفسي للمسنين، المكتبة الجامعية، الإسكندرية .
10. عبد الرحمان العيسوي، 1986، جالوجيا النفس، دار الفكر الجامعي الإسكندرية مصر .
11. عبد الرحمان العيسوي، سيكولوجية الشيخوخة، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية .

قائمة المراجع

12. عبد الرحمان العيسوي، (1997)، سيكولوجية النمو دراسة في نمو الطفل والمرافق، ط1، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان .
13. عبد الرحمان بدوي، 1977، مناهج البحث العلمي، وكالة المطبوعات الجامعية الكويت .
14. عبد الرحمان ولحسن محمد الأمين، 2015، دار الرعاية المسنين، ط1.
15. عبد الفتاح خضر، 1992، أزمة البحث العلمي، ط3، مكتبة صلاح السعودية .
16. عبد الكريم بلقاسم أبو الخير، 2002، التمريض النفسي . العناية التمريضية، ط1، دار وائل، عمان الأردن .
17. عبد اللطيف محمد خليفة، 1991، دراسات في سيكولوجية المسنين، مكتبة الأنجلو مصرية القاهرة .
18. عبد الله الحجا مي، للخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين، ط1، السعودية .
19. عبد المجيد سيد المنصور، زكريا أحمد الشربيني، 2000، الأسرة على مشارف القرن
- 21- الأدوار - المرض النفسي - المسؤوليات، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة .
20. عبد المنعم عاشور، صحة المسنين الهيئة المصرية العامة للكتاب .
21. عمار بخوش، 2007، مناهج البحث العلمي، ط4، ديوان المطبوعات الجامعية .
22. فاطمة عوض صابر وميرفت على خفاجة، 2002، أسس ومبادئ البحث العلمي، ط1، مكتبة ومطبعة الإشعاع الفنية .
23. فخري الدباغ، 1983، أصول الطب النفساني، ط3، دار الطليعة بيروت، لبنان .
24. فؤاد البهي السيد، 1985، الأسس النفسية للنمو في الطفولة إلى الشيخوخة، ط4، دار الفكر العربي، مصر .
25. كيث كرامليتغر، 2002، مايو كلينيك حول الاكتئاب، ط1، الدار العربية للعلوم، بيروت لبنان .

قائمة المراجع

26. محمد حسن غانم، 2009، مقدمة في علم النفس الإكلينيكي تقييم، تشخيص العلاج، المكتبة المصرية، القاهرة مصر .
27. محمد سيد فهمي، 2007، رعاية المسنين، دار الوفاء، الإسكندرية، مصر .
28. محمد سيد فهمي ونورهان منير حسن فهمي، 1999، الرعاية الاجتماعية للمسنين المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية .
29. محمد عبد الرحيم عدس، مع العلم في وصفه، دار الفكر الأردن .
30. محمد عبد المنعم نور، 1990، التقدم في السن (دراسات اجتماعية ونفسية) الشيخوخة من منظور اجتماعي، ط1، دار القلم، الكويت .
31. محمد محمود بني يونس، 2015، أبجديات علم النفس العصبي الإكلينيكي، ط2، دار اليازوري، عمان .
32. نيموشي ج تزول، 2007، علم النفس الإكلينيكي، ترجمة فوزي شاكر وفهيمه داوود،
33. يوسف ميخائيل أسعد، 2000، رعاية الشيخوخة، (ب ط)، دار غريب، القاهرة.
34. خديجة حمو علي، 2012، علاقة الشعور بالوحدة النفسية بالاكْتساب لدى عينة من المسنين، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر (2).
35. صفاء عيسى صيام، 2010، سمات الشخصية وعلاقتها بالتوفيق النفسي للمسنين، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة طنطا.
36. عبد العباس غضيب الحجامي، 2004، الاضطرابات المزاجية وعلاقتها بقلق الموت عند المسنين، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر.
37. عزة مبروك، 2001، استخدام المساندة النفسية الاجتماعية لتحسين التوافق النفسي والاجتماعي والصحي لدى المسنين، دار تجريبية، رسالة دكتوراه غير منشورة كلية الآداب،

38. فاطمة زروال، 2013، الرعاية الاجتماعية وأثرها على المسنين بالأسرة الجزائرية رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الحاج لخضر باتنة.
39. مسعودة ناصري، 2012، أهم العوامل المؤثرة في الرعاية الصحية للمسنين في الأسرة الجزائرية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر (2).
40. مها محمد البريري، الوحدة النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات الشخصية لدى المسنين، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة طنطا.
41. ميس نورية، (2006)، اثر الكفالة النفسية في التحقيق في حدة الاضطرابات النفسية لدى الطفل جراء العنف الإرهابي، مذكرة إشراف عزيز عنابة، الجزائر.
42. نعيم مطر جمعة الغلبان، 2008، مرحلة الشيخوخة -متغيرات ومتطلبات- رسالة دكتوراه، جامعة العالم الأمريكية.
43. نعيمة امزيان، 2005، الآثار السوسيواقتصادية لحدث التقاعد لفئة العمر الثالث، رسالة غير منشورة، جامعة الجزائر.
44. بشير معمريه وخراز، 2009، الاضطرابات الجسمية والنفسية لدى المسنين مجلة شبكة العلوم النفسية، العدد 25
45. حجازي جولتان وأبو غالي عطف، مشكلات المسنين وعلاقتها بالصلابة النفسية، مجلة جامعة النجاح للأبحاث، مجلد 24، العدد (1)
46. حمود بن محمد ناوي العنزي، (2015)، تأثير برنامج تروحي رياضي على درجة الرضا عن الحياة ومستوى التوازن لدى كبار السن، المجلة العلمية للتربية البدنية وعلوم الرياضة، جامعة حلوان
47. عبد القادر المعري وآخرون، 1984، القاموس الجديد، بدون طبعة، الشركة التونسية للتوزيع.

قائمة المراجع

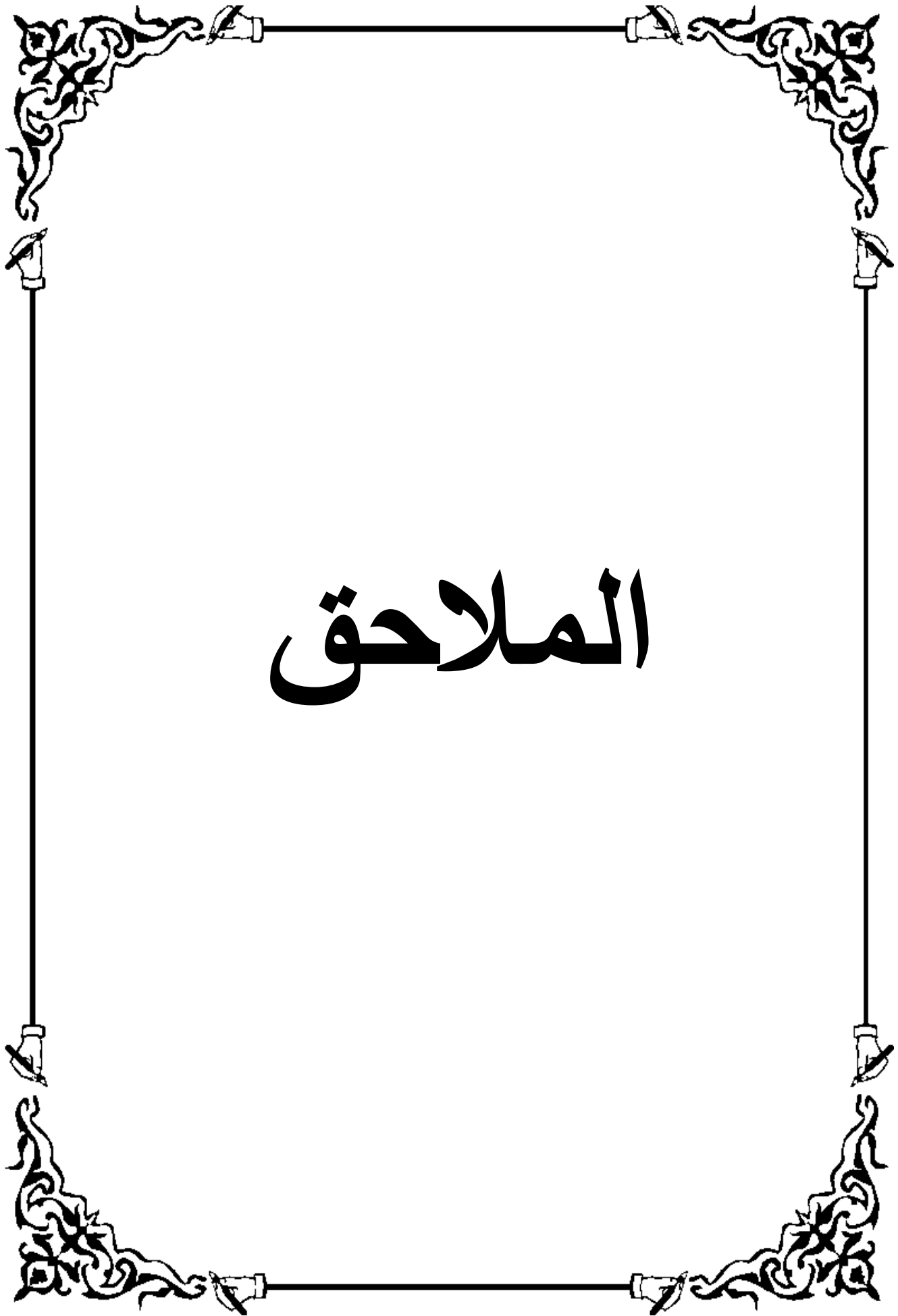
48. عزة مبروك، محددات المهارات الاجتماعية لدى كبار السن : دراسة كحجم ووجهة التأثير المجلة المصرية للدراسات النفسية - مجلد العدد (41)
49. عبد القادر المعري وآخرون، 1984، القاموس الجديد، بدون طبعة، الشركة التونسية للتوزيع.
50. أمينة الهيل، 2014، ورقة مقدمة إلى (الحماية الاجتماعية والقانونية لكبار السن)
51. وجدي محمد بركات، 2009، أهمية التدخل المهني لإعداد برامج تلبي احتياجات المسنين النفسية والاجتماعية لدمجهم في المجتمع، ورشة عمل خليجية للعاملين، البحرين
52. بلوم أسمهان، 2017، محاضرات في منهجية وتقنيات البحث، سنة ثانية ماستر LMD علم اجتماع تنظيم وعمل، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، المسيلة.
53. Calment jean، 2009, le vieillissement humain, université médicale virtuelle francophone.
54. Cassau.bernard ,veillissement et age, Actualite et dossier en sant publique.n21.
55. Chambers,1985, Dictionary, etuted by E-Kiyk Patrick chambers, London.
56. Chiland C ,1983, L'entretien clinique ,PUF, Paris.
57. Gerrard nancy, 2002, Santé menteale et vieillissement, conseli consultatif matinal sur le troisième age.
58. Stevens et all, 1990, How Ageing and Social factor effect, Memory, Age of Ageing 28,379,384.
59. <https://m.facebook.com/alrasahospital/poste/33321659> الساعة (13يناير2018)
(11:08345771)
60. www.aluka.met/translat (11:38)(2018/4/8)
61. www.psyco-dz.info (11:30) (13/03/2018)
62. www.scbaghdad.edu-iq/index.php?option=com.content

قائمة المراجع

63. www.rougemagz.com(12:53) (24/04/2018).

64. www.nfsp.org.sa (11:53) (04/01/2018)

65. <https://agedcare.health.gov.au> australian government (12:54) (14/03/2018)



الملاحق

الملاحق

الملحق رقم 01:

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بوضياف بالمسيلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

استمارة استبيان حول :

التكفل النفسي بمريض الزهايمر

- دراسة ميدانية على عينة من المسنين -

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر

تخصص : علم النفس العيادي

إشراف الأستاذة :

د. أسماء إبراهيمي

إعداد الطالبة :

منى داود

هذه المعلومات سرية لا تعطى ولا تستخدم إلا لأغراض علمية مع كامل الاحترام و شكرا

ملاحظة : نرجوا منكم وضع (X) علامة في الخانة المناسبة

السنة الجامعية: 2017-2018

الملاحق

المحور الأول : البيانات الشخصية و المهنية

الجنس: أنثى ذكر

السن :

المستوى التعليمي : ابتدائي متوسط ثانوي جامعي

المحور الثاني : الرعاية الأسرية

لا	نعم	
		1- هل يتواجد المريض داخل الأسرة ؟
		2- هل تتقبل الأسرة هذا المرض ؟
		3- هل يتعامل أفراد الأسرة مع المريض بالتقبل ؟
		4- هل تظهر بعض الأعراض الحادة على المريض ؟
		5- في حالة بعض الأعراض هل تساعدونه على التهدئة ؟
		6- هل تحاول الأسرة فهم المريض لكي تحسن التدخل ؟
		7- هل تقوم الأسرة بالترفيه للمريض ؟
		8- في حالة أخذه للنزهة هل هي منتظمة أو غير منتظمة ؟
		9- هل تجلس مع المريض للحوار والدرشة ؟
		10- هل تشاركون (تشارك) المريض في وجبات الطعام ؟
		11- عندما يكسب الطعام على ثيابه هل تعامله بعنف ؟
		12- هل تأخذه إلى الطبيب بصورة منتظمة ؟
		13- هل تساعد في تناول أدويته في وقتها المحدد ؟
		14- هل تقوم بتغيير ملابسه وتنظيفها يوميا ؟
		15- هل تقوم بمساعدته على الاستحمام
		16- هل تقدم له أطعمة صحية ونظيفة ؟
		17- هل تساعد على قضاء حاجته ؟
		18- هل تقومون (تقوم) بتعنيفه في حالة عدم التمكن من أداء نشاطاته العادية اليومية ؟
		19- هل تجلبون له بعض المثيرات التي تذكره بالماضي مثل جلب أصدقائه القدامى وبعض الأشرطة التي كان يسمعها ؟

الملاحق

المحور الثالث: الرعاية داخل المشفى

لا	نعم	
		1- هل توجد شروط قبول الحالات داخل دار الرعاية (المشفى) ؟
		2- هل توجد برامج مقامة داخل دار الرعاية (المشفى) ؟
		3- هل تقدم دار الرعاية (المشفى) كافة الخدمات التي يحتاجها المسن ؟
		4- هل تحتفظ دار الرعاية بملف صحي للمتابعة ؟
		5- هل هناك تعاون مع المؤسسات الصحية الأخرى ؟
		6- هل يقوم على رعاية مريض الزهايمر داخل المؤسسة فريق صحي متكامل (طبيب مختص ، ممرض ، معالج نفسي ،أخصائي ،أخصائي اجتماعي ، مشرف اجتماعي...)؟
		7- هل تقومون برحلات ترفيهية للمسنين ؟
		8- هل تقومون (تنصحون) برحلات ذات طابع صحي (الحمامات المعدنية) ؟
		9- هل توجد حديقة واسعة في الدار (المشفى) ؟
		10- هل التمويل كافي لتقديم جميع الخدمات لكبار السن ؟
		11- هل قاعة للزيارات ؟
		12- هل توجد قاعات للأنشطة الرياضية ؟
		13- هل تشجعون المسنون على تكوين علاقات اجتماعية مع زملائهم بالمؤسسة؟
		14- هل تقومون بتوجيه المسن نحو الأنشطة المناسبة لقدراته ؟