



جامعة عبد الحميد بن باديس - مستغانم  
كلية العلوم الاجتماعية

مذكرة تخرج

للحصول على شهادة الماستر في علم النفس  
تخصص علم النفس العيادي والصحة العقلية

**التكفل النفسي للتخفيف من حدة القلق لدى المسنين المقيمين بدار الرعاية.**  
دراسة عيادية لستة حالات بدار المسنين بمستغانم.

مقدمة ومناقشة علنا من طرف

الطالب(ة): ميلود علي جهاد.

الطالب(ة): بخدة فتيحة.

أمام لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الرتبة	المؤسسة الأصلية	الصفة
غانى زينب	أستاذة	جامعة مستغانم	رئيسا
دويدي سامية	أستاذة مساعدة	جامعة مستغانم	مشرفا
بوريشة جميلة	أستاذة	جامعة مستغانم	مناقشا

السنة الجامعية: 2017/2016

## كلمة شكر

قال تعالى : " رب اوزعني أن أشكر نعمتك التي أنعمت عليّ وعلى والديّ و أن أعمل صالحا ترضاه و أذكرني برحمتك في عبادك الصالحين ".  
بالحمد لله رب العالمين

بعد شكر الله جل ثناؤه على توفيقه لنا في اتمام هذا العمل المتواضع نتقدم بأسمى آيات العرفان والتقدير و الشكر الجزيل الى الأستاذة المشرفة " دويدى سامية " التي بذلت جهدا في سبيل تمكننا من اتمام هذا العمل .

كما نتقدم بالشكر الى كل الاساتذة الذين تتلمذنا على أيديهم منذ بداية مشوارنا الدراسي و العلمي .

الى طلبة علم النفس العيادي و الصحة العقلية دفعة 2016 - 2017.

الى كل من ساهم في هذا العمل المتواضع .

# أهداء

أهدي ثمرة نجاحي الى الذين اشتاقوا لان اكون لهما فخرا و للذين عملوا جاهدين لرفع معنوياتي في مواصلة دراستي.

الذين سلكوا طريق الجنة من اجل تربيتي " امي " التي لا ادري سوى الحب في عينيها.

الى والدي العزيز الذي لو عشت اخر عمري لن ارد له جزءا مما وهبني وحرص على تربيتي .

الى من يسيل دمهم في عروقي و قاسموني رحم امي : اخوتي واخواتي .

الى اعمز صديقاتي التي منجاني المحبة والدعم و المساعدة : سمير , حورية , نبيلة سعاد و ربيعة .

الى من عملت معي بكل في سبيل انجاز هذا البحث و قاسمتني مشواري الطوة " فتية "

و الاصدقاء : نور الدين , قاسم . والى كل طلبة السنة الثانية ماستر علم النفس العيادي و الصحة العقلية .

جهاد

# اهداء

الى من هي للجسم فداء و للقلب دواء و للروح شفاء .

ادامها الله تاج عزة ووفاء , فعانتك من اجلي وانتظرت عملي هذا امي العزيزة حفظها  
الله و راعها .

الى من حرص على تربيتي و دراستي و ساندني في هذه الحياة ادامه الله بقربي الابج  
حفظه الله و راعاه .

الى الذين اميش معهم و اتقاسم معهم احلى الايام وامرها , الى من اتمنى لهم اجمل ما  
في هذه الدنيا اخواني و اخوتي .

الى اساتذتي و اقاربي و صديقاتي في الدراسة , خاصة الصديقة الحبيبة والوفية  
" جهاد " التي قاسمتني هذا العمل .

والى كل زملائي في الدراسة تخصص علم النفس العملي و الصحة العقلية

. 2017 - 2016

فتحية

تعتبر الشيخوخة مرحلة عمرية كسائر المراحل السابقة تكون عرضة للقوة والضعف و عرضة للصحة والمرض , ومن الطبيعي ان الانسان يتغير تغيرا عضويا ونفسيا نتيجة لزيادة عمره , فبعد ان كان قادرا على مواجهة مشكلات حياته بقوة اصبح كائنا ضعيفا يعيش على ماضيه اكثر مما يعيش في حاضره , وان اهم ما يميز مرحلة الشيخوخة التغيرات البيولوجية والعقلية و الانفعالية و الاجتماعية و كثرة امراض المسن و انخفاض دخله , ومن اهم المشكلات التي تواجه المسنين في حياتهم هو احساسهم بانهم اناس غير مرغوب فيهم و لافائدة منهم و بذلك ينتج عن هذا عدّة امراض و مشكلات نفسية و اجتماعية نتيجة الظروف و الخبرات الصعبة الصادمة التي عاشها المجتمع مما تؤدي الى تدهور الوظائف الجسمية و العقلية و التغيرات الاجتماعية المصاحبة و التي تتمثل في فقدان العلاقات الاجتماعية و الانشطة و الاهتمامات و الاعتماد على الآخرين و الشعور بالملل و اليأس , و المعاناة من وقت الفراغ و من افتقاد الشعور بالاهمية الناتج عن فقدان الدور الاجتماعي . فالقلق يعتبر من المشاكل التي تواجه المسنين خاصة الذين يجدون صعوبة في تكوين علاقات مع الآخرين وهذا ما يؤدي الى عدم التكيف مع الظروف و التغيرات الطارئة عليها , فقد يؤدي شعور المسن بالقلق الى الشعور بالوحدة و الاكتئاب و العزلة و انتظار الموت و اضطرابات انفعالية تؤدي الى اختلال توازنه النفسي و الاجتماعي .

ان غالبية المسنين يعيشون مع ازواجهن او زوجاتهم او مع اعضاء الاسرة الآخرين , والبعض الاخر يعيش في دور الرعاية يقضون ما تبقى من حياتهم في مراكز الشيخوخة , ولهذا وجدت مراكز الشيخوخة للتكفل بهذه الفئة من المجتمع التي لا تستطيع سد حاجاتها كمعدومي الدخل و الذين لا مأوى و لا معين لهم .

وفي هذا السياق جاءت هذه الدراسة للتعرف على فاعلية التكفل النفسي للتخفيف من حدة القلق لدى عينة من المسنين المقيمين بدار الرعاية و للتعرف ما اذا كان للتكفل النفسي دور في التخفيف منه . استجابة لمتطلبات هذا الموضوع قمنا بتحديد مسار هذه الدراسة انطلاقا من اتباع الخطوات التالية :

قسمت الدراسة الى فصول فكان هذا التقسيم على النحو التالي :

**الفصل الاول :** تضمن الاطار العام للدراسة , خصص لاشكالية البحث و اعتباراتها بدءا باشكالية الدراسة ثم صياغة الفرضيات , اسباب اختيار الموضوع ثم اهمية الدراسة و اهدافها , وتحديد المفاهيم الاجرائية و الدراسات السابقة في الموضوع .

**الفصل الثاني :** كان حول الشيخوخة , تم التطرق فيه الى تعريف المسنين و اهم الحاجات النفسية و الاجتماعية , و التغيرات التي تحدث فيها و اهم النظريات المفسرة لها و الرعاية المقدمة اليهم .

**الفصل الثالث :** تطرقنا فيه الى ماهية القلق , اشتمل على تعريفات للقلق , انواعه , اعراضه , اسبابه , و النظريات المفسرة له بالاضافة الى العلاج ختاماً بخلاصة الفصل .

**الفصل الرابع :** تطرقنا فيه الى تعريف التكفل و اهميته , دور الاخصائي النفسي الاكلينيكي , و العلاج النفسي و بعض اشكاليته .

**الفصل الخامس :** تمحور هذا الفصل حول اجراءات الدراسة و التي تضمنت منهج الدراسة و الادوات المستخدمة في الدراسة , اجراءات التطبيق و مكان التطبيق .

**الفصل السادس :** كان هذا الفصل لعرض الحالات و مناقشة النتائج و الفرضيات .

خاتمة , التوصيات .

## ملخص الدراسة :

محتوى موضوع الدراسة الذي تناولناه هو التكفل النفسي للتخفيف من حدة القلق عند المسنين المقيمين بدار الرعاية .

وكانت الاشكالية المطروحة في الدراسة كالآتي :

- 1- هل يوجد قلق عند المسنين المقيمين بدار الرعاية ؟
- 2- هل للتكفل النفسي دور في التخفيف من حدة القلق لدى المسنين المقيمين بدار الرعاية

وكإجابة مؤقتة لبحثنا جاءت الفرضيات كالآتي :

- 1- يوجد قلق عند المسنين المقيمين بدار الرعاية .
- 2- للتكفل النفسي دور في التخفيف من حدة القلق لدى المسنين المقيمين بدار الرعاية .

وقد تم تلخيص اهداف الدراسة في هذه النقاط :

- التقرب اكثر من فئة المسنين داخل المركز والتعرف على حالتهم النفسية والاجتماعية ومعرفة طرق التكفل بهم .
- الكشف عن الحالة النفسية من خلال طبيعة القلق الذي يعاني منه المسن .
- مساعدة هذه الشريحة من المجتمع على التكيف .
- توضيح مكانة الاخصائي النفساني ودوره في تحسين و التكفل بالحالة النفسية للمسن اثناء تواجده بالمركز .

وقد اخترنا بذلك للدراسة المنهج العيادي " دراسة حالة " لتلائمه مع موضوع الدراسة , كما قمنا باستخدام الادوات التالية :

- الملاحظة العيادية .
- المقابلة العيادية .
- مقياس تايلور للقلق الصريح .

تم اختيار العينة في هذه الدراسة من خلال المعاينة القصدية حيث كانت تتماشى و موضوع الدراسة و قد ضمت 06 حالات ( 05 اناث , 01 ذكر) , تتراوح اعمارهم بين 60 و 80 سنة .

وجاءت النتائج كالتالي :

- وجود المسن في بيئة غير بيئته تؤثر على حالته النفسية .
- يوجد قلق لدى المسنين المقيمين بدار الرعاية .
- للتكفل النفسي دور في التخفيف من حدة القلق لدى المسنين المقيمين بدار الرعاية .

## الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة

تمهيد

- 1- الإشكالية.
- 2- الفرضيات.
- 3- أهداف الدراسة.
- 4- أهمية الدراسة.
- 5- أسباب اختيار الموضوع.
- 6- المفاهيم الإجرائية.
- 7- الدراسات السابقة.

## تمهيد

يعتبر طرح الاشكالية وتحديد ابعادها اولى المراحل و الخطوات التي ينطلق منها الباحث في دراسة اي موضوع مهما كان تخصصه العلمي , حيث ان طرح الاشكالية وتحديد ابعادها ينبع من احساس الباحث الذاتي والموضوعي لمشكلة البحث.

الشيء الذي يجعله دافعا له من اجل الإجهاد للوصول إلى حلول لها و تفسيرات نظرية ميدانية , من هذا النطلق سيتم التعرف إلى تحديد مشكلة البحث وفرضياته, كذا التطرق إلى الدراسات السابقة و تموضع الدراسة الحالية بينها, وايضا عرض الاهداف و اهمية البحث و في الاخير عرض المفاهيم الاجرائية لمصطلحات البحث.

## الإشكالية :

إن التغيير السريع للوضع الديمغرافي في الوطن العربي الذي أحدث تغييرا كبيرا في الهرم السكاني أدى إلى ارتفاع نسبة المسنين وهذه الزيادة الملحوظة التي أصبح ينظر إليها كمشكلة اجتماعية تجعل من الضروري زيادة الاهتمام بهذه الفئة من النواحي الصحية النفسية الاجتماعية والاقتصادية بهدف إقامة التوازن بين اتجاهين هما إقامة حياة رعاية متكاملة لتحسين احتياجات المسنين بالإضافة إلى التركيز على ما يمكن الاستفادة منه بخبراتهم السابقة بضرورة إشراكهم الايجابي بأدوار في الحياة بعد الخبرة الطويلة وبالأخص من لديه القدرة على العطاء بصورة تتناسب مع الإمكانيات الجسدية والنفسية والمعرفية والعقلية لديهم والاهتمام الموجه لهذه الفئة العمرية يجب أن لا يقل عن الاهتمام بأي فئة أخرى فالشيخوخة تعرف بأنها وضع نفسي وجسمي عام يتم بالضعف والانحدار في قوى الفرد وأبنيته المختلفة ناجع عن التغيرات الجسمية والنفسية تحدث في مراحل متأخرة من حياة الشخص فمن المحتمل أن يصل الفرد إلى مرحلة الشيخوخة في حياته بعمر 60 سنة حيث يبدأ يعاني من ضعف في صحته ونقص قواه الجسمية ومن الطبيعي أن الإنسان يتغير تغييرا عضويا ونفسيا نتيجة لزيادة عمره فبعد أن كان قادرا على مواجهة مشكلات حياته بقوة أصبح كائنا ضعيفا يعيش على ماضيه أكثر مما يعيش في حاضره غير أن بعض المسنين ينجحون في مواجهة مشاكلهم ويحققون ذواتهم.

ويؤكد الدكتور بن عبد السلام فتحي " أن يشعر الفرد بأنه دون أهمية وغير قادر على تأدية أي دور يساهم فيس ظهور الأمراض وفي الفترة الأخيرة نسجل ارتفاع حالات الزهايمر وغيرها من الأمراض التي تؤكد انعزال المسنين وابتعادهم عن الحياة اليومية الفعالة "

( جريدة الماء، 2009 )

فالقلق لدى المسنين يمثل بحد ذاته مشكلة طبية نفسية واجتماعية فممكن الناحية الطبية يكون القلق جزء من سيرورة مرضية متعددة الأركان وهذا ما ينعكس على صعوبة التشخيص والعلاج.

أما من الناحية الاجتماعية فتزايد عدد المسنين في الوقت الحاضر يوافق تزايد انشغال الأبناء بأعباء الحياة المختلفة مما يعني هذا ان يكون المسن عبئا أخر عليهم وهذا الأمر قد يشعره بالعزلة حيث لم يعد أحد بحاجة اليه وهذا ما ينعكس سلبا على الشعور الذاتي وبالتالي على تقديره لذاته أما من الناحية النفسية فان المسن يشعر ويتعايش مع مشاعر الفقدان سواء تلك المتعلقة بفقدان الزوج أو الأصدقاء أو فقدان الوظيفة والقدرة على الكسب وفقدان الهدف من الحياة وهذا قد يجعله عرضة للإصابة بالأمراض النفسية ومنها القلق.

احتلت دراسة القلق مكانة مهمة في الإرشاد النفسي والعلاج النفسي والطب النفسي نظرا لان القلق يقف وراء العديد من الاضطرابات النفسية حيث يرى (Rowan Ears) أن القلق هو " القاتل الصامت " الذي يعد سببا للكثير من حالات الموت الناجمة عن انفجار في المخ أو جلطة في الدماغ أو غير ذلك ( ميخائيل 2003 ص 15) تباينت وجهات نظر علماء النفس حول

مفهوم القلق حيث رأى فرويد: " إن القلق حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان وسبب له الكثير من الكدر والضيق والألم "

في حين يرى أدلر: " أن القلق سببه مشاعر النقص عند الفرد سواء كانت جسدية او معنوية او اجتماعية " في حين رأى سوليفان: " إن القلق ناجع عن أي اضطراب في العلاقة المتبادلة بين الفرد والمجتمع الذي يعيش فيه ."

( احمد ، 2001 ، ص 108 )

وقد توصلت بعض الدراسات كدراسة : " غانم 2002 وتراي 1982 إلى أن حرمان المساندة والرعاية النفسية الاجتماعية للمسنين سواء في المؤسسات المتخصصة أو داخل أسرهم تساهم في ظهور عدة مشكلات لديهم فبعد أن كانت الأسرة قديما ( الأسرة الممتدة ) تضع في رحابها الأجداد والعمات والخالات أصبحت الأسرة الحديثة ( الأسرة النووية ) لا تضع سوى الزوجين والأبناء مما قد يؤدي إلى فقدان المسن مكانته وخياراته كما قد يجعلهم يعيشون في عزلة و نقص في علاقاتهم الاجتماعية وذلك عدم الرضا عن حياتهم والشعور بالوحدة النفسية والقلق بالرغم ما يقدم لهم من خدمات وأنشطة مختلفة.

غير أن هناك بعض الدراسات أكدت المؤسسات المتخصصة لا يمكن ان تحل محل الجو الأسري للمسن لما للأسرة دور في التحقيق من معاناتهم وذلك بتوفير المساندة والرعاية النفسية والاجتماعية لهم مما يساعدهم في التكيف النفسي والاجتماعي والتفاعل مع مجتمعهم وهناك من عارضت ذلك.

التساؤلات :

\_ هل يوجد قلق عند المسنين المقيمين بدار الرعاية ؟

\_ هل للتكفل النفسي دور في التخفيف من حدة القلق لدى المسنين ؟

الفرضيات :

\_ يوجد قلق عند المسنين المقيمين بدار الرعاية.

\_ التكفل النفسي يخفف من حدة القلق عند المسنين .

اهداف الدراسة :

- التقرب اكثر من فئة المسنين داخل المركز والتعرف على حالتهم النفسية والاجتماعية و معرفة طرق التكفل بهم .
- الكشف عن الحالة النفسية من خلال طبيعة القلق الذي يعاني منه المسن .
- مساعدة هذه الشريحة من المجتمع على التكيف .
- توضيح مكانة الاخصائي النفساني و دوره في تحسين والتكفل بالحالة النفسية للمسن اثناء تواجده بالمركز .

اهمية الدراسة :

تكمن اهمية الدراسة فيما يلي :

تسليط الضوء و الكشف عن العوامل المسببة للقلق عند المسنين , وهذا يساعد على فهم نفسية المسنين و كيفية التعامل معهم من قبل القائمين على رعايتهم في دور الرعاية .

اردنا ان نلقي الضوء على دور التكفل النفسي ومدى تأثيره في التخفيف من شدة قلقهم .

اسباب اختيار الموضوع :

لقد تم اختيار موضوع البحث للاسباب التالية :

- قلة الدراسات الميدانية حول هذا الموضوع وخاصة في بلادنا التي انتشرت فيها هذه الظاهرة .

- اهمال الجانب النفسي لهذه الفئة .

- انتشار ظاهرة وضع الابناء للاباء في دور الرعاية .

- التعرف على اهم الاضطرابات و المشاكل النفسية التي يعاني منها المسنين المقيمين بدار الرعاية .

- الرغبة في تقديم المساعدة النفسية لهذه الفئة .

- معرفة طرق التكفل بهذه الشريحة من المجتمع داخل المركز مع اكتساب الحنكة المهنية .

المفاهيم الإجرائية:

- التكفل النفسي: هو كل الطرق والأساليب العلاجية النفسية التي يقدمها الأخصائي النفسي الإكلينيكي للمعالجة النفسية العيادية والرعاية وإعادة تأهيل المريض .

- القلق : حالة توتر شامل تتميز بالضيق وفقدان الأمن وتوقع خطر غير مهدد يقف المرء أمامه عاجزا على التكيف والتفاعل الاجتماعي ويصاحب ذلك أعراض جسمية ونفسية .

- التعريف الإجرائي : هو الدرجة الكلية التي يحصل عليها المسن بعد إجابته على مقياس القلق المستخدم في هذه الدراسة .

- المسن : هو شخص يتجاوز ستين من عمره ويزداد اعتماده على غيره بازدياد تراجع وظائفه الجسدية والنفسية والاجتماعية والثقافية السائدة في المجتمع .

- دور الرعاية : هي مؤسسة اجتماعية إنسانية تهدف إلى تقديم الرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية للمسنين الذكور منهم والإناث الذين لا تتمكن أسرهم من إيوائهم فيها لظروف متعددة وقد تكون هذه المؤسسة حكومية أو أهلية.

الدراسات السابقة :

الدراسات العربية :

تناولت دراسات كثيرة موضوع القلق لدى فئات اجتماعية متعددة، و دراسات اخرى حول اوضاع المسنين و مشكلاتهم ولكن الدراسات التي تخص القلق لدى المسنين قليلة جدا .وذلك ستعرض بعض الدراسات التي لها علاقة بموضوع الدراسة او القريبة منها

## أولاً: الدراسات العربية:

هدفت دراسة (جوهر 1980) حول المشكلات الفردية التي تواجه المسنين واساليب رعاياتهم اجتماعيا في المؤسسات الايوائية الى التعرف الى المشكلات الفردية التي تواجه المسنين في المؤسسات الايوائية واقترح الاساليب الكفيلة بتحسين الرعاية بالمسنين . وقد تكونت عينة الدراسة من 78 مسنا ومسنة و12 مسؤولا عن تقديم الرعاية في تلك المؤسسات وقد اشارت نتائج الدراسة الى معاناة المسنين من المشكلات الصحية والنفسية والاجتماعية لاسباب قلة الدخل المادي عند المسنين وكذلك نقص الامكانيات المادية للمؤسسات الايوائية لرعاية المسنين وقلّة عدد الاخصائيين النفسيين فيها .

دراسة سهام راشد 1983: دراسة عينة من المقيمين بمؤسسات الاسكندرية مصر , وكشفت عن وجود علاقة موجبة بين الاصابة ببعض الامراض النفسية والاجتماعية والتقدم في العمر و اوضحت ان الوسواس , الاكتئاب , الهستيريا , الوحدة والعزلة والمشاكل الاجتماعية ووقت الفراغ من العوامل المساعدة لظهور التغيرات المصاحبة لكبر السن .

هدفت دراسة (السعادات 1988 ) الى معرفة الخصائص و الملامح العامة للمسنات و قد اجراها في قطر للحالات تحت الرعاية بمستشفى الرميلة بالدوحة حيث قدم صورة تفصيلية عن المسنات في المجتمع القطري و من اهم نتائج الدراسة : ان عدم انتظام زيارة الاهل والاقارب للمسنات يزيد من احساسهن بالاهمال والشعور بالاهمال .

ان الرعاية والمساعدة المقدمة للمسنات من المستشفى تعد صعبة نظرلمرظهن في حين الاسرة لا ترغب بتحمل اعباء مرظهن على الرغم من ان الاطباء يرون في العديد من الحالات ان المحيط الاسري هو الانسب لهن . طالبت بعض المسنات ان يقيم المستشفى حفلات ترفيهية لهن .

كما قامت دراسة (قصاب حسن 1996) باجراء مسح اجتماعي ثقافي يهدف الى معرفة القضايا المتعلقة بالشيخوخة و اوضاع كبار السن في الاسرة و المجتمع السوري من النواحي الصحية والاجتماعية المعنوية والاقتصادية . حيث تمت مقابلة (1800 مسن) و(1500 مسنة) في مختلف المحافظات وقد خلصت الدراسة الى بعض النتائج منها.

حول الاستقلالية في خدمة الذات تبين 1.39 من عينة الدراسة يخدمون انفسهم و5.28 يحتاجون للمساعدة المؤقتة و4.12 يحتاجون للمساعدة الدائمة.

حول مصادر السعادة تبين ان 36 يعدون اللقاء بالاصدقاء مصادر سعادة و 13.5 يتمنون ان يكونوا ذوي فائدة 1.12 يتمنون ان يكونوا محور الاهتمام.

و من حيث مكان الاقامة يتبين ان معظم المسنين يقيمون في منازلهم وهم نسبة 3.59 من العينة و5.13 يقيمون وحدهم والبقية مع ابنائهم .

و حول الحالة المعنوية للمسنين اظهرت الدراسة ان 8.21 من المسنين افراد العينة يشعرون بالراحة في حين يشعر 2.10 من المسنين بالوحدة وخاصة الذكور و 7 يشعرون بالتوتر والعصاب .

وبعض المسنين في العينة (بنسب متقاربة) يشعرون بالظلم والقهر والندم وعدم القناعة وعدم الاستقرار .

وقد اجري (قصاص 1997 ) دراسة ميدانية عن القلق عند المسنين هدفت الى معرفة واقعهم الصحي والاجتماعي و قد شمل البحث جميع المحافظات السورية يعينة بلغت 1982 مسن ومسنة وقد ابرزت نتائج البحث ان 16.7 من المسنين في

العينة هم بحالة العجز وظيفي بشكل ما تزداد نسبتهم مع تقدم العمر . كما ان طلبات المسنين العالية هي توفير الوسائل المساعدة والرعاية المنزلية و اتساع نوادهم و دور المسنين و كانت طلبات اسر المسنين هي صرف رواتب للمسنين وتوفير الرعاية الصحية لهم و الادوية وكذلك تاسيس دور للمسنين و توفير رعاية اجتماعية لهم.

وقد اجرى (السدحان 2000) دراسة اجماعية على المسنين المقيمين في دور الرعاية الاجتماعية و التي هدفت الى التعرف على الخصائص العامة والاجتماعية للمسنين في هذه الدور وعلى العلاقة بين المسنين المقيمين بدور الرعاية و ذويهم و الى اسباب دخول المسنين الى دور الرعاية و تكونت عينة الدراسة من (462) مسنا و مسنة يغلب على المسنين المقيمين في دور الرعاية عدم وجود شريك حياة لأهم وعدم وجود من يقوم برعايتهم وان تصفهم تقريبا لم يتزوج اصلا .

اتصف المسنون المقيمون بدور الرعاية بالضعف الاقتصادي.

الزيارات التبادلية بين المسنين وذويهم قليلة.

دراسة نهي السيد حامد : اهتمت بالتعرف على الخصائص المميزة للأفراد المتقاعدين و التغيرات التي تلحق بهم نتيجة التقاعد ومن نتائج هذه الدراسة انها بينت وجود علاقة ايجابية بين الحالة العملية والروح المعنوية , فالعاملون أكثر توافقا من غير العاملين .

دراسة حسن عبد المعطي : حالة القلق في مرحلة الشيخوخة سمة مميزة لهذه المرحلة , فالافراد كلما تقدموا في السن زاد مستوى القلق لديهم , قلق الصحة , قلق التقاعد , قلق الانفصال , قلق الموت .

دراسة المعز عبد الرحمان " احمد البحري " : اهتمت بدراسة اهم المشكلات الاجتماعية لدى المسنين المتقاعدين عن العمل بمدينة القاهرة ومن نتائجها ان المشكلات المواجهة لدى المسنين هي المرض , انخفاض المستوى الاقتصادي و عدم وجود علاقة تربط المسن بالمجتمع الذي يعيش فيه .

ثانيا :الدراسات الاجنبية:

دراسة فلورنس 1860: الذي نشر كتاب عن الشيخوخة البشرية و مراحلها و توزيعها السكاني على سطح الكرة الارضية , وقسم الشيخوخة الى مرحلتين متميزتين تبدأ الاولى من 70 سنة و الثانية من 85 سنة .

دراسة تنون 1813- 1842 : التي اهتمت بدراسة العوامل المؤدية لاطالة العمر بدل الاهتمام بالإعمال المناسبة لكبار السن .  
دراسة مارجريت ميد: تناولت مارجريت الاعباء التي فرضتها الحضارة الصناعية الحديثة على كاهل المسنين و تعول هذه الثقافة كثيرا على الاستقلال و لكنها في الوقت ذاته ربطت بين كبر السن و فقدان الاستقلال , وعرفت عملية الشيخوخة في ضوء التدهور و الفشل وأعلنت من شأن الشباب اخفضت من شأن المسنين .

كما هدفت دراسة (ogg- 2005) حول المسنين في المنزل الى اجراء مسح للمسنين حيث تبين ان المجتمع البريطاني يغلب عليه المسنون بتزايد هذا العدد من المسنين باستمرار و ان العجز الشديد يزداد بطريقة واضحة عند المسنين بعد عمر السبعين .اما بالنسبة لقبول المسنين في اسرهم او في دور الرعاية فقد بينت الدراسة ان 13 من الاسر يرغبون في ايداع المسنين في دور الرعاية 57 لا يرغبون في ذلك وقد اظهرت المقابلة للأسر الذين لم يتقبلوا وضع اقاربهم في دور المسنين ان راعهم قد اختلف بعد عام من مرافقة المسنين و رعايتهم في المنزل حيث رغبوا في ايداعهم دور المسنين.

قد اشارت بعض المؤتمرات الدولية حول المسنين الى ان الشخص الذي يحال الى التقاعد في الستين او الخامسة والستين من عمره هيجد نفسه في فراغ وان عددا من الذين اجريت عليهم الدراسات يموتون بعد عمر 60 بقليل حيث دعا اعلان برازيليا للمسنين الى تسليط الضوء على اهمية الحوار المستقبلي وتبادل التكنولوجيا بين مختلف البلدان للإسهام في تلبية احتياجات المسنين (مؤتمر برازيليا للمسنين، 1996).

وركز مؤتمر مالطا للمسنين 1998 على اهمية تدريب العاملين في مجال الرعاية الصحية الدولية للمسنين تأليف كتاب يتناول الاسس العلمية والإجراءات العلمية المطلوبة في هذا التدريب . كما اصدرت منظمة الصحة العالمية بالتعاون مع وزارة الصحة الاولية للمسنين ( منظمة الصحة العالمية 1999) .

## الفصل الثاني: الشيخوخة

-تمهيد

1-تعريف الشيخوخة.

من هم كبار السن و شخصيتهم.

مشكلات الشيخوخة.

التغيرات التي تحدث فيها.

أسباب الاهتمام بدراسات الشيخوخة والمسنين.

احتياجات المسنين النفسية والاجتماعية.

بعض الاضطرابات العضوية و النفسية .

بعض الاضطرابات العضوية و النفسية.

نظريات دراسة الشيخوخة.

9-أهمية التدخل المهني في مجال رعاية المسنين.

خلاصة الفصل.

## تمهيد

الشيخوخة مرحلة عمرية متفردة بخصائصها وبمشاكلها، تتشعب منها معاناة المسنين بدنياً وأسرياً واجتماعياً وتتنوع قدراتهم الأساسية في العمل ومقاومة الأمراض، على المستوى الجسدي يحدث هبوط في نشاط الجسم وضعف عام واختلال في بعض الوظائف العقلية.

## 1-تعريف الشيخوخة :

## 1-1-التعريف اللغوي للشيخوخة :

شاخ الانسان شيخا , الشيخ من ادرك الشيخوخة وهي غالبا عند الخمسين , وهو فوق الكهل ودون الهرم وهو ذو مكانة من علم او فضل او رياسة .

(معجم اللغة العربية , 1990 , ص35)

- أ- يقال هرم الرجل هرما , اي بلغ اقصى الكبر و ضعف فهو هرم .
- ب- شاخ : شيخ شيخا و شيخوخة : الرجل صار شيخا .
- شيخ : الشيخ هو من تقدم في السن و ظهر عليه الشيب .
- جمع : شيوخ و اشياخ و مشايخ .

(قاموس المنجد في اللغة العربية المعاصرة, 2000, ص807)

قسم العلماء مراحل العمر في حياة الإنسان إلى أربع مراحل هي : سن الطفولة ثم الشباب ثم الكهولة ثم الشيخوخة وكانت العرب تطلق على من وصل إلى مرحلة الشيخوخة أسماء عدة فتقول :شيخ وهو من استبان في السن وظهر عليه الشيب ,وبعضهم يطلقها على من جاوز الخمسين وقد تقول ( الهرم ) وهو أقصى الكبر وتقول كذلك ( كهل ) وجميع هذه الألفاظ تدل على كبر السن .

و يستخدم الباحثون في مجال دراسة المسنين أحيانا مفهوم الشيخوخة و أحيانا أخرى مفهوم التقدم في العمر aging على أنهما مترادفان ويشيران إلى نفس المعنى ، وكلاهما قد استخدم بأشكال مختلفة ، فمفهوم التقدم في العمر هو أحد المفاهيم المرواغة إلى درجة جعلت من غير المستطاع لعدد كبير من الباحثين تناوله تجريبيا ، كما تعددت المقاييس المستخدمة في تحديد مرحلة الشيخوخة نذكر منها :

## العمر البيولوجي :

و يستخدم في تحديد بداية الشيخوخة العضوية ، وهو مقياس وصفي يقوم على أساس المعطيات البيولوجية لكل مرحلة مثل معدل الأيض ، و معدل نشاط الغدد الصماء ، وقوة دفع الدم و التغيرات العصبية .... الخ

## العمر الاجتماعي:

وهو مرتبط بالأدوار الاجتماعية، وعلاقة الفرد بالآخرين ومدى توافقه الاجتماعي.

## العمر السيكولوجي :

ويستخدم هذا المقياس في تحديد الشيخوخة النفسية ، وهو مقياس وصفي يقوم على جملة الخصائص النفسية والتغيرات في سلوك الفرد ومشاعره وأفكاره ... الخ .

## العمر الزمني :

يرى بروملي أن مرحلة الشيخوخة تنقسم إلى أربعة مستويات:

1-المستوى الأول : فترة ما قبل التقاعد وتمتد من 55 إلى 65 سنة.

2-المستوى الثاني : فترة التقاعد 65 سنة فأكثر ، حيث الانفصال عن الدور المهني وشؤون المجتمع ويصاحبها تغيرات عديدة في النواحي العقلية والبيولوجية والنفسية والاجتماعية.

3-المستوى الثالث: فترة التقدم في العمر، والتي تمتد من 70 سنة فأكثر، حيث الاعتماد على الآخرين والضعف الجسدي والعقلي.

4-المستوى الرابع: فترة الشيخوخة والعجز التام والمرض، الوفاة والتي تمتد حتى 110 سنة.

(عبد اللطيف خليفة ، بدون سنة ، ص 11 . 12 .).

لم يتفق الباحثون بعد على تعريف جامع للشيخوخة ، وذلك لأنها ليست من الظواهر الثابتة التي تحدث في المراحل الأخيرة من حياة الفرد أو الكائن الحي ولكنها حالة سيالة تتأثر بفسولوجية الفرد ونفسيته وبالبيئة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي يعيش فيها والاتجاهات التي يتقبلها ويتصرف طبقا لها ، وهنا نتناول تعريفات بعض العلماء في مجال علم النفس .

إن كلمة الشيخوخة GERONTOLOGY ذات أصل قديم فقد استخدم اليونان كلمتي GERON GERONTO للإشارة إلى الرجل العجوز .

ويقدم بيرن و رينر Renner and Birren تعريفا للشيخوخة بقوله " : تشير الشيخوخة إلى التغيرات المنتظمة التي تحدث في الكائنات العضوية الناضجة وراثيا والتي تعيش في ظل الظروف البيئية الممثلة و ذلك مع تقدمهم في العمر الزمني . " والشيخوخة يحددها العالم اليكس كمفرت " Comfort Alex ليست إلا عملية إفساد و تلف تدريجي ، و أن ما يقاس فيها إنما يظهر على هيئة نقص في الحيوية أو زيادة في العطب " .

كما يعرفها .ب ب ميداوار " Medawar B.P هي التغير الذي يعتري القدرة الجسدية والأحاسيس والطاقات التي تلزم الفرد في شيخوخته بحيث تؤدي به تدريجيا إلى الموت بأسباب عرضية أو أحداث اعتباطية وبتحديد أكثر فان كلمة عرضية كلمة فيها غزارة وأسهاب ، إذ أن الموت بكل أنواعه ليس في حقيقته إلا شيئا عرضيا إلى درجة ما ، فليس هناك موت طبيعي ولا أحد يموت من مجرد عبء السنين."

(يحي مرسى، 2008، ص 27 . 28)

يركز التعريف الأول على الشيخوخة كعملية نمو و من خلالها يتم تحديد فترة النضج من الهرم كما يركز أيضا على المؤثرات البيئية التي يمكن أن تتفاعل مع عملية الشيخوخة و في بعض الحالات نجد أن التدخلات قد تغير إلى حد كبير من مسار

عملية الشيخوخة العادية و الهرم . أما التعريف الثاني نجد أنه يقصد به الأسباب الكامنة وراء الاضمحلال ومقاومة الجسم للعوامل التي تسلط عليه فتؤدي إلى انهياره فقدان تماسكه وصلابته .

و يعرف " أسعد " الشيخوخة بأنها المرحلة التي يستدل عليها من سوء وضع الفرد بالنسبة لجماعته بالنظر إلى إمكانات التوافق ، كما يستدل عليها بمقاييس السلوك فتلاحظ بعض التغيرات الانفعالية التي تحدث في الشيخوخة بالإضافة إلى السلوك الشخصي الذي ينشأ من هذه التغيرات و من ذلك القلق بالنسبة للصحة العامة وفقدان الأمان الاقتصادي والشعور بعدم الكفاية الذي يؤدي إلى الشعور بعدم الاطمئنان و القلق و الشعور بالوحدة و العزلة و الاهتمام المتزايد بالغرائز الجسمية و فقد الاهتمام بالنشاط المتزايد و تقليل النشاط الجنسي و عدم القدرة على التوافق مع الظروف المتغيرة و الأثر في الكلام و خاصة عن الماضي والأشياء التافه و الاتجاه نحو تخفيف أحداث الماضي .

أما عن belin فيعرف الشيخوخة بأنها حالة من الاضمحلال تعترى إمكانات التوافق النفسي و الاجتماعي للفرد – فتقل قدراته على استغلال إمكاناته الجسمية و العقلية و النفسية في مواجهة ضغط الحياة لدرجة لا يمكن معها الوفاء الكامل بالمطالب البيئية أو تحقيق قدر مناسب من الإشباع لحاجاته المختلفة .

( مها محمد عبد الرؤوف البريري، ب.س، ص.30).

كما تعرف الشيخوخة على أنها عملية تتضمن التفاعل المستمر للعديد من المتغيرات الفيزيائية و الاجتماعية و الفكرية و الوجدانية ، و أنها عملية تستوجب من الأفراد تأمل سلسلة من المراحل الانتقالية خلال تقدمه في الحياة أو مسار حياته PATH LIFE حسبما يذكر بروملي BROMLEY و عبور إحدى هذه المراحل الخاصة بعملية النمو معناه الانتقال إلى مرحلة جديدة من مراحل الحياة . و النتيجة الرئيسية لذلك هو أن كبر السن يتضمن تقدم باستمرار إلى شيء جديد.

فهي تعتبر بمثابة عملية مستمرة و يترتب على ذلك على أنها تشير إلى الحلول الملائمة من خلال تقديمها خدمات الرعاية الصحية المتواصلة ، و نجد أن مشكلات المسنين تمثل نتيجة للمعوقات التي تعوق أهداف الحياة و إزالة هذه المعوقات يسمح بوجود عملية طبيعية للشيخوخة حتى تسير في مجراها الطبيعي و الحلول تعتبر ملائمة فقط طالما أنها ترتبط باستعادة هذه العملية .

( يحي مرسى عبد بدر، 2008، ص.27).

أما Jean Claude Henrard جون كلود هنرارد 1997 هي عملية معقدة من التغيرات البيولوجية التي تحدث داخل الجسم ، نتيجة تراكم عدة آثار ضارة تؤدي إلى ضعف الأداء و بعض الوظائف الفكرية و مما قد تسبب الوفاة نتيجة لانخفاض الطاقة .

( Claude-Jean Henrard ,1997,P025)

تعرف Janine جانين ( 2002 ) الشيخوخة بأنها تقدم في السن مما يحدث فيها تراجع للوظائف الجسمية و الفكرية و الثقافية و الأخلاقية ، و المتمثلة في فقدان المكانة الاجتماعية و السلطة.

(Janine . Ch ,2002 ,p127)

قدم LAOUÉNAN CHRISTINE كريستان لوينان 2007 تعريف للشيخوخة على أنها التطور البطيء الذي يحدث في جميع مراحل الحياة ، و هي عملية مستمرة ناتجة من التفاعل بين العوامل الوراثية و البيئية ، و التي تحدث فيها عدة تغيرات

الأزمات و الإصابة ببعض الأمراض التي تؤثر على الفرد و شعوره بالعجز ، كما تتأثر هذه المرحلة بالوضع الاجتماعي والاقتصادي ونوعية العلاقات الاجتماعية. (CHRISTINE LAOUÉANAN,2007,p09)

و يؤكد SAMORA Martine أن الشيخوخة عبارة عن تدهور وظائف معينة ، فقدان تدريجي لهذه الوظائف مثل فقدان القوة ، المهارة ، المرونة ، والرؤية والسمع ، وفقدان القدرة على التذكر و ضعف الذاكرة ، والذكاء ، عدم الراحة والألم والعجز (Martine SAMORA ,2007,P2.)

و يعرف Galloway Sharon شارون قالوواي:الشيخوخة بأنها تناقص تدريجي للأجهزة الداخلية و قدرتها الوظيفية ، وهي مرحلة أو تجربة لا مفر منها يعيشها الجميع .

. ( Sharon Galloway, 2008, p36)

من خلال ما تم عرضه من تعاريف حول الشيخوخة و ذلك حسب نظر كل عالم أو باحث فإن الشيخوخة تعتبر مرحلة من مراحل حياة الفرد لا مفر منها وهي عبارة عن تدهور تدريجي لخلايا الجسم

و تلاشي وظائفه مما تؤدي إلى ضعف الفرد و عدم قيامه بالوظائف التي كان يقوم به ، وهذا راجع لعدة عوامل بيولوجية أو نفسية أو وراثية و التي قد تؤدي في النهاية إلى الوفاة.

نجد أن هناك نوعان للشيخوخة هما :

الشيخوخة الفيزيولوجية : تتميز من حيث المبدأ بتزامن التبادلات الحاصلة في جميع أعضاء الجسم أو أجهزة جسم المسن .

الشيخوخة الباثولوجية : تتسم بغياب مثل هذا التزامن وهي عكس الشيخوخة الفيزيولوجية ، و هي تنتج عن التشنج ( الهرم) المبكر لمختلف أعضاء و أجهزة الجسم بسبب إصابة المسن بمرض ما .

(حسان جعفر 2003 ص 12'13)

2-من هم كبار السن و شخصيتهم :

2-1-كبار السن:

الكبار في السن هم الأشخاص ذكورا أو إناثا الذين تجاوزوا مراحل النمو و التطور و البناء و النضج في قواهم البدنية و الفسيولوجية و وصلوا إلى مراحل التوقف و الاستقرار و بدايات الضعف و فقدان و الانحدار في بعض وظائف تلك الأعضاء و الأجهزة و التراكيب أو المكونات.

(علي جاسم,2009,ص35)

فالمسنين هم الذين تتجه قواهم و حيويتهم إلى الانخفاض مع ازدياد تعرضهم للإصابة بالأمراض التي يتزايد معه الشعور بالحاجة و العناية و الرعاية الاجتماعية و النفسية و الطبية .

## 2\_2- شخصية المسن :

عندما نتكلم عن الشخصية نعني الصفات والمكونات الجسمية والعقلية والوجدانية والاجتماعية في سياقٍ من التعامل والشمول فكل من هذه الجوانب للشخصية يتأثر بالآخر معه، ذا وا كانت الفروق الفردية قائمة وأثبتها علم النفس الحديث وعلم الوراثة في المراحل المبكرة من النمو كمرحلة الطفولة والمراهقة مثلاً، إلا أن الفروق الفردية تكون أوسع وأوضح في مكونات الشخصية في المرحلة المتأخرة من دورة الحياة في كبار السن.

فكبار السن لهم شخصياتهم المتميزة التي هي حصيلة تفاعل العوامل الوراثية مع الظروف البيئية الطبيعية والاجتماعية، مضروبة بعدد السنين والعمر الزمني لحياة الكبير ويختلف علماء النفس والاجتماع في مدى ثبوت أو تغير صفات شخصية الكبار. ومن الدراسات التي تؤيد ثبات الشخصية دراسة اندرسون (Anderson) الذي توصل إلى استنتاجات تجريبية تؤكد بأن الخصائص الإنسانية والخلقية لا تتغير مع العمر بينما الخصائص العقلية والفكرية كالذكاء والمعرفة والمهارات تتغير كلما تقدم العمر. أما الدراسات التي قام بها كل من بيكر (Beker) وكيلي (Kelly) فتؤكد أن التغير يحدث في جميع صفات الشخصية وعدم ثباتها خلال المراحل الممتدة من سن الرشد والبلوغ إلى سن الشيخوخة. وعلى الرغم من إيمان كيلي بنظرية التغير إلا أنه استدرك فأكد بوجود استمرارية وثبات في إدراك النفس والثقة بها، فمفهوم الذات لدى الفرد له بعض الثبات طوال دورة الحياة. ولعل النظرية التي أتى بها العالم الاجتماعي البورت Alport في التأكيد على الثبات والتغير في صفات الشخصية بين الطفل والكبير هي النظرية المقبولة والتي يمكن الأخذ بها وعليه فمن الخطأ التعميم.

(مساري الراوي، 2009، ص 32).

## 3-مشكلات الشيخوخة :

## 1-3 المشكلات الصحية :

مما لا شك فيه أن أمراض المسنين تكثر عن مختلف المراحل العمرية الأخرى للإنسان وذلك نتيجة قلة المناعة الجسمية و ضعف الجسم والأنسجة وعدم استطاعتها مقاومة الأمراض التي قد تكون موجودة في جسم الإنسان في مرحلة الشباب ووسط العمر، ولكن إذا كانت المناعة لديه قوية تستطيع مقاومتها، حيث أن هذه المشكلات مرتبطة بالضعف الصحي العام والضعف الجسدي وضعف الحواس كالسمع والبصر وضعف القوة العضلية وانحناء الظهر وجفاف الجلد والإمساك وتصلب الشرايين والتعرض بدرجة أكبر للإصابة بالمرض وعدم مقاومة الجسم.

(يسرى دعيبس، 2002، ص 359).

## 2-3مشكلات اضطراب العلاقات الاجتماعية :

قد تضعف العلاقات الاجتماعية للمسسن مع أصدقائه المسنين من أمثاله خاصة عندما يقلون من حوله ممن هم في سنه بالموت أو البعد مما يخلف لدى المسن حالة من الأناية ونقد الآخرين خاصة الأحفاد وصغار السن مما يخلق فارق في التفكير والتباين في العواطف والبعد في المشاعر.

(توفيق بن أحمد خوجة، 2000، ص 05).

## 3-3-المشكلات النفسية والعاطفية :

لا شك أن كثير من المسنين يعانون من وحدتهم وترك الأبناء لهم لانشغالهم بأنفسهم وعائلاتهم وأعمالهم وربما يمر بعض المسنين بفراق الزوج أو الزوجة مما يترك فراغ عاطفي ووحدة لم يألفها من قبل مما يشعره بقرب الأجل وتخلي الأحبة من الأبناء والبنات والأصدقاء عنهم وربما ترك بعض المسنين للخدم والخادما بعاداتهم الغريبة على المسنين مما يعرض المسن أو المسنة للانطواء والعزلة والدخول في دوامة التفكير والوساوس والانشغال بالذات، والاضطرابات النفسية.

حيث أن الاضطرابات الوجدانية تشيع بين المسنين و تزداد معدلات حدوثها كلما تقدم في العمر ، فالأمراض العصبية والذهانية من أهم أمراض الشيخوخة في المجتمع المعاصر.

(جولتان حجازي .عطاف أبو غالي، 2009، ص177 ) .

ومن أمثلة المشكلات النفسية :

#### 1-مشكلة سن القعود :

وهو ما يعرف عادة باسم سن اليأس ويكون مصحوبا باضطراب نفسي أو عقلي قد يكون ملحوظا أو غير ملحوظ وقد يكون في شكل الترهل والسمنة والإمساك والذبول والعصبية والصداع والاكتئاب النفسي والأرق .

#### 2-مشكلة التقاعد :

وهو ما يشعر الفرد بالقلق على المستقبل والحاضر والخوف والانهيار العصبي من السلوك لم يألفه من قبل ولا يجد في وخاصة إذا فرضت عليه حياته الجديدة بعد التقاعد أسلوباً جديداً نفسه المرونة الكافية لسرعة التوافق معه، وخاصة إذا لم يتهيأ لهذا التغيير، أو أشعره الناس أنه قد أصبح لا فائدة منه بعد أن كان يظن أنه ملء السمع والبصر.

3-ذهان الشيخوخة : وفيه يصبح الشيخ أقل استجابة وأكثر تركزا حول ذاته و يميل إلى الذكريات وتكرار حكاية الخبرات السابقة، وتضعف ذاكرته ويقل اهتمامه وميوله وتقل شهيته للطعام والنوم، وأيضا تضعف طاقته وحيويته ويشعر بقله قيمته في الحياة، وهذا يؤدي إلى الاكتئاب والتهيج وسرعة الاستثارة والعناد والنكوص إلى حالة الاعتماد على الغير وإهمال النظافة والملبس والمظهر وباختصار يبدي الشيخ صورة كاريكاتيرية لشخصيته السابقة.

(وجددي بركات، 2009، ص48).

الشعور الذاتي بعدم القيمة وعدم الجدوى في الحياة : والشعور بأن الآخرين لا يقبلونه ولا يرغبون في وجوده وما يصاحب ذلك من تصعيد وتوتر فقد يعيش البعض وكأنهم ينتظرون النهاية المحتومة .

#### 4-الشعور بالعزلة والوحدة النفسية :

هناك حاجات انفعالية عامة تميز كبار السن منها الحزن والأسى الناتج عن الوحدة من فقد حب الآخرين، والشعور بالذنب الناتج عن الوحدة من الحوادث الماضية.

( نفس المرجع السابق، 2009، ص89\_ ) .

#### 3-4- المشكلات الاقتصادية :

هي انخفاض دخل المسن وذلك نتيجة إحالاته إلى التقاعد عند بلوغه السن النظامية وهذا يؤدي إلى عدم تلبية العديد من الحاجات الأساسية للمسن .

(إيمان شعبان احمد ، 2009، ص103).

#### 4-التغيرات التي تحدث في الشيخوخة:

#### 4-1التغيرات البيولوجية والفيزيولوجية:

تمثل الشيخوخة ظاهرة بيولوجية طبيعية ناتجة عن تأثيرات مرور الزمن و التقدم في العمر على جسم الإنسان ، فالشيخوخة هي نتيجة مباشرة للتراكم التدريجي للخلايا المتعبة على مرور السنين.

( حسان جعفر ، 2003، ص07 ) .

كما أنها عبارة عن نمط شائع من الاضمحلال الجسدي في البناء و الوظيفة يحدث بتقدم السن لدى كل كائن حي بعد اكتمال النضج ، وهذه التغيرات الاضمحلالية المسيرة لتقدم السن تعترى كل الأجهزة الفسيولوجية و العضوية و الحركية و الدورية و الهضمية و البولية و التناسلية و الغدية و العصبية و الفكرية.

( هدى محمد فناوي ، 1987، ص 17).

يرتكز تعريف الشيخوخة من الناحية البيولوجية على جانبين أساسيين هما: الأول يتعلق بالبناء : ويشير إلى زيادة التفاعلات الإجتماعية الهدامة بالجسم عن التفاعلات الكيميائية البناءة مما يترتب عليه نقص مستمر في مقدرة الجسم على مقاومة المؤثرات الخارجية.

الثاني يتعلق بالوظيفة : حيث يؤدي هذا النقص المستمر في مقدرة الجسم على مقاومة المؤثرات الخارجية إلى نقص في المقدرة الوظيفية لهذه الأعضاء ، و هذا أوضح ما يكون في نوعين من أعضاء الجسم ذلك الذي ليس عنده المقدرة على تعويض نقص الخلايا ، و الثاني ذلك الذي يتميز بأنه يتحكم في أعضاء أخرى بالجسم ، و أي من النوعين أو كلاهما يؤدي في النهاية إلى إضمحلال وظيفة العضو و الجسم و هو ما يسمى على مستوى الجسم كله عند حدوثه بالشيخوخة .

و فيما يلي عرض للتغيرات البدنية التي تحدث في كل الأجهزة العامة للجسم:

#### 1- الجهاز الحسي :

ربما تكون التغيرات في الأعضاء الحسية أكثر خطورة لدى كبار السن فمن خلال الأحاسيس تستلم المعلومات و تقدم الاستجابات التي تحكم تفاعلاتنا مع الآخرين و مع البيئة ، فالنقصان في البصر و السمع و اللمس أو في الألم أو في الإحساس و التذوق أو في الشم و التوازن يؤثر في نوعية هذه التفاعلات ، و عموما فإن فقدان الحسي يكون تدريجيا وحين تصل هذه التغيرات إلى مستوى يعوق الوظائف فإن المساعدات و التعديلات في البيئة تقدم مباشرة و أكثر فقدان شيوعا ما يعانیه كبار السن في درجة حدة البصر و السمع.

أ البصر : vision إن التغيرات في البصر تكون بصورة أولية على أشكال من الضعف في دقة الرؤيا و إدراك الضوء و تعديل الصورة أي التركيز بدرجة شديدة قرب الصورة ، و هذه التغيرات تتأثر بالتبدلات في تركيب العين و فقدان المرونة في عضلاتها ، و تتضمن التغيرات الأخرى المرتبطة بالعمر أيضا فقدان العضلات الوجهية لمطاطيتها و مرونتها حول العين و فقدان في الشحوم حول كرة العين و ينتج عن هذه التغيرات سقوط في و جفن العين مما يؤثر في مظهر الوجه.

(علي جاسم عكله، 2009، ص 154 . 155 .).

ب السمع: لاشك أن فقدان الشخص للمقدرة التي يعتمد عليها في التعايش مع الآخرين إضافة إلى ما قد يصاحب الإفاقة السمعية الناتجة من إعتلال عام في الصحة البدنية و تناقص الحيوية و النشاط ( افتقاد الإحساس بالأمان ، عدم الإستمتاع بمناج الحياة العادية التي كانت متاحة لهم من قبل فقد السمع ، صعوبات التفاعل مع الآخرين ) ، و الإستجابات التالية للمتغيرات المصاحبة أو المرتبطة بفقد السمع الناتج عن التقدم في العمر ربما يصبح التعامل معها ودراستها استنادا إلى ما يعرف بنظريات رد الفعل للأزمة الصادمة ( Theories Reaction Crisis ).

( محمد السعيد أبو حلاوة، 2003، ص 6).

ج. التذوق و الشم: تحكم أحاسيس التذوق و الشم بواسطة براعم تذوقية على اللسان و في الفم و بواسطة خلايا متسلمات شممية موجودة داخل الأنف من الأعلى ولا يوجد دليل يظهر مميذا هي هذه الأحاسيس مرتبطة بالعمر، و أن معظم التغيرات في التذوق و الشم يكون للناس خبرة بها أساسي فردي إلى درجة كبيرة و غالبا ما تكون عادات نمط الحياة مثل التدخين في السبب في ضعف هذه الأحاسيس .

د اللمس: إن المتسلّمات البدنية المسؤولة عن عدم الإحساس اللمسي (الألم و الضغط و الحرارة و البرودة والعلاقات المكانية) تكون جزء من الجلد و كذلك من الجهاز العضوي الداخلي من الجسم . و بينما يكبر الجسم فإن ضعف في الحساسية للحرارة و البرودة و الألم يتراكم ، و لهذا فإن إرادة الحرارة البيئية تكون مهمة في إسناد درجة الحرارة الملائمة و مريحة للجسم عند كبار السن.

هـ\_الجهاز العصبي: ففي كبار السن يتدهور الدماغ و الجهاز العصبي المركزي بصورة سريعة و إذا أثرت هذه التغيرات على الدماغ تأثيراً تدريجياً فإن هذه الحالة تسمى بإنحلال أو تدهور الشيخوخة Degeneration Senile أما إذا حدثت هذه التغيرات بصورة فجائية و كانت نوعية أو محلية فإننا نكون أمام حالة تصلب شرايين القشرة الدماغية و إنسدادها و على ذلك يمكن تصنيف زملة الأعراض الدماغية في الشيخوخة إلى فئتين هما :

أ\_ اضطرابات ما قبل الشيخوخة: و يتناول الأشخاص من سن 45 - 60 سنة و من أكثر الأعراض شيوعاً في هذه المرحلة مرض الزهايمر Alzheimer ، لقد وصف هذا المرض لأول مرة عالم الأعصاب الألماني Alois الزهمير 1907 م أي منذ 100 عاماً و يحدث في سن ما بين 40 و 60 عاماً و يسير بسرعة أزيد من مرض آخر.

ب\_ اضطرابات الشيخوخة : و من اضطرابات الشيخوخة Pick de Maladie بيك و لقد وصفه لأول مرة عالم فيزياء من تشيكوسلوفاكيا سنة 1892 هو أرنولد بيك Pick Arnold و ينحل أو يتفكك الجهاز العصبي المركزي حيث تحدث إصابات في الفص الجبهي و الصدغي و هو عبارة عن ضمور في الدماغ حيث يتحول من 1300 ملغ إلى أقل من 1000 ملغ و يعاني المريض من النسيان و عدم القدرة عن التفكير و يعاني من العجز في الكلام كما يبدو المريض غيباً و غير مهتم في مظهره و يفترق إلى الوعي أو فهم حالته و يبدأ هذا الاضطراب بإيجاد صعوبة في التركيز و يبدو على المريض السرحان و شرود الذهن و عدم الراحة كما يعاني من هذات الإتهام و الإضطهاد و يميل المريض إلى لوم الآخرين، و تحدث الوفاة بعد 04 إلى 07 سنوات. (عبد الرحمان العيسوي، 1989، ص 67 . 68).

#### 2-4 الخصائص و التغيرات السيكولوجية:

لا تنفصل التغيرات النفسية للشيخوخة عن التغيرات الاجتماعية بل هي على علاقة وثيقة و ترتبط ببعضها البعض ، فترجع القدرات الجسمية و العقلية يؤثر على عملية التوافق الشخصي و الاجتماعي. و هذا ما يؤكد تعريف الباحثين للشيخوخة من الناحية السيكولوجية بأنها " حالة من الاضمحلال يعتري إمكانات التوافق النفسي و الاجتماعي للفرد فتقل قدراته على استغلال إمكاناته الجسمية و العقلية و النفسية في مواجهة ضغط الحياة لدرجة لا يمكن معها الوفاء الكامل بالمطالب البيئية أو تحقيق قدر ممكن من الإشباع لحاجاته المختلفة " .

(هدى قناوي، 1987، ص 51).

و تتمثل التغيرات السيكولوجية لدى المسن في ظهور مشكلات الصحة النفسية و التي يتمثل أهمها في: الاعتمادية و العدوانية و ضعف الثقة بالنفس و الحساسية الزائدة بالذات و المعاناة من نوبات البكاء أحياناً ، كما تتميز انفعالاتهم بأنها ذاتية المركز و بالخمول و بلادة الحس و بضعف القدرة على التحكم فيها كما يتميزون بالعناد و صلابة الرأي و يغلب عليهم التعصب و توخي الحرص و الحذر.

(جولتان حجازي .عطاف أبو غالي، 2009، ص 116).

و فيما يلي سوف نعرض الخصائص السيكولوجية لمرحلة الشيخوخة:

#### 1--تغير الشخصية و الحالة النفسية للفرد مع تقدم العمر:

فالفرد في ضوء نظرية اريكسون يمر بثمانى مراحل يشكل كل منها تطوراً جديداً في شخصية الفرد و علاقاته بالآخرين و آخر هذه المراحل هي مرحلة التكامل في مقابل اليأس وهي أزمة الشيخوخة و إحساس الفرد أن هويته قد تحددت ، فإذا كان ما فعله يبعث على السعادة و الإحساس بالإنجاز فإنه سوف يتجاوز هذه المرحلة بنجاح و هو يشعر بالتكامل و الرضا أما إذا

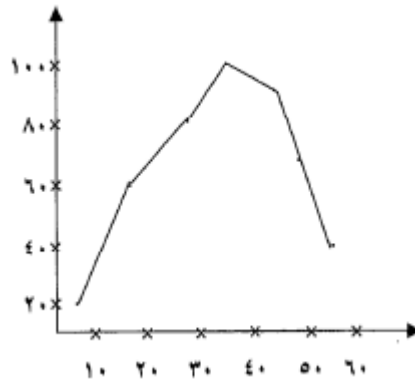
كانت نظريته تتسم بالإحباط و خيبة الأمل فسوف يشعر باليأس و يرى أريكسون ضرورة أن يتقبل المسنون حتمية كبر السن و التغيرات المصاحبة له و أن يواجهوا هذه الظروف دون يأس.

## 2- القدرات العقلية :

إن ما نلاحظه من ضعف في مرحلة الشيخوخة أو خطأ في التفكير إنما مرده إلى ما قد يحدث من عطب في التفكير نتيجة ضمور خلايا المخ أو لسبب حدوث مرض به أو إصابته بحدوث أو قد يرجع عطب التفكير إلى عدم تغذية المخ بالخبرات المعرفية الجديدة ، مما يؤدي إلى التغير في النشاط العقلي لدى المسنين في القدرات العقلية كالإدراك و التفكير ، التذكر والتخيل و التغير في القدرة و الذكاء و الأداء النفسي الحركي و غير ذلك مع تقدم العمر، كما أن للسن تأثير على مختلف الجوانب العقلية العامة و الذاكرة قصيرة المدى كإضعاف القدرة على تنظيم عملية الاختزان و نقص القدرة على الانتباه نظرا لضعف القدرة على التعلم و الاكتساب.

القدرة العقلية مثل القدرة الجسمية تبلغ ذروتها بين سن العشرين والثلاثين ثم تأخذ في التناقص بعد سن الأربعين وعند سن الستين يقل أداء الفرد بنسبة 25%.

ويوضح الشكل تغير الأداء المعرفي من خلال اختبار الذكاء مع طول العمر:



## 3-تغير الاهتمامات و الحاجات :

ونعني بها : وجود رغبة أو ميل لأداء نشاط ما يحقق إرضاء أو إشباع لدى الفرد فهي ميول نحو أشياء يشعر الفرد نحوها بجاذبية خاصة . ولقد أشار هيرلوك Hurlock إلى أن إهتمامات المسنين تشمل الجوانب التالية .:

أ . الاهتمامات الشخصية : أهمها ما يتعلق بالذات و الجسم و المظهر و الشكل العام و يصبح المسن متمركزا حول ذاته عن ذي قبل أكثر اهتماما بنفسه و أقل اهتماما بالآخرين .

ب . الاهتمامات الترفيهية : و تشمل القراءة و مشاهدة التلفزيون و الرحلات و زيارة الأصدقاء.

ت . الاهتمامات الاجتماعية : حيث يعاني المسن الشعور بالفراغ و العزلة و الوحدة النفسية و تناقص الأدوار الاجتماعية.

ث . الاهتمامات الدينية : حيث يصبح الفرد أكثر تسامحا و أقل تعصبا الجوانب الدينية و كذلك تتسم مرحلة الشيخوخة بأن المسنين يكونون أكثر ترددا على دور العبادة .

## 3-4 الخصائص و التغيرات الاجتماعية:

تعتبر الشيخوخة من الناحية الاجتماعية حالة من هجر العلاقات الاجتماعية و الأدوار التي تطابق مرحلة الرشد التي يتم فيها قبول العلاقات الاجتماعية و الأدوار التي تطابق السنوات المتأخرة من مرحلة الرشد.

(هدى محمد قناوي ، 1987 ، ص51).

التغيرات الاجتماعية التي تصاحب مرحلة الشيخوخة وتتداخل مع بعضها البعض إلا أن أبرز هذه التغيرات لدى المسن هي : تقلص علاقاتهم الاجتماعية إذ تقتصر على الأصدقاء القدامى و من كان يسكن بقربه نظرا لصعوبة تنقلاته بسبب

التغيرات الجسمية أنفة الذكر وهذا قد يؤدي إلى تقلص المكانة الاجتماعية للمسن ، كما ينتج عن هذا التغير مظهر جديد في حياة المسن ألا وهو: الفراغ والعزلة والشعور بالغربة وذلك نتيجة للانسحاب المتبادل بين المسن والمجتمع الذي يؤدي بدوره إلى ضيق الاتصال وهو ما يسمى باغتراب المسنين عن المجتمع. وهذا عائد إلى فقدان الأدوار الاجتماعية المتمثلة في رعاية الأبناء والأسرة. (عبد الله بن ناصر السدحان، 2008، ص28)

من خلال ما تم استعراضه للخصائص والتغيرات البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية للشيخوخة رأَت الباحثة أن هذا التغير هو نتيجة للمؤثرات البيولوجية والنفسية والاجتماعية ولذا فان الدراسة الحالية تهتم بطبيعة التفاعل بين كل الجوانب ومدى تأثير نتائج التفاعل بينها على شخصية المسن وسلوكه.

##### 5- أسباب الاهتمام بدراسات الشيخوخة والمسنين :

هناك العديد من الأسباب وراء زيادة الاهتمام بدراسات الشيخوخة والمسنين نجملها في الأسباب الآتية :

1- الأسباب الديموجرافية وزيادة عدد المسنين : فهناك تغيرات ديموجرافية هامة حدثت في المجموعات بصفة عامة والمجتمعات المتقدمة بصفة خاصة، وعلم السكان (الديموجرافيا) يتوفر على دراسة الاختلافات والتغيرات في إعداد السكان وتوزيعهم مكانيا وخصائص التركيب السكاني وكثافتهم في العالم . وعموما نجد أن التناقص في معدل الوفيات قد بدا في النصف الأول من القرن الثامن عشر واستمر حتى القرنين التاسع عشر والعشرين ونجد أن النظام الغذائي الجيد والسيطرة على الأمراض الوبائية.

المعدية قد ساهم في إطالة المدى العمري كما أن معدلات الوفيات الناجمة عن كبر السن قد تقلصت بسبب التحسن في تشخيص وعلاج أمراض الشيخوخة في وقت مبكر.

2. ترتب على تلك الزيادات المتصلة في أعداد كبار السن ظهور الكثير من الدراسات والعلوم المتخصصة في دراسة ظاهرة كبار السن من مختلف جوانبها البيولوجية والنفسية والاجتماعية وبالتالي أصبح لدينا تراثا علميا هائلا يمكن الاستفادة منه في تخطيط وتنفيذ برامج الرعاية المختلفة لتلك الفئة.

3. يتميز ذلك العصر بظهور الكثير من الجهود التنموية في مختلف الدول التي تسعى إلى تحقيق التنمية الشاملة وهنا يتطلب ضرورة الاستفادة من كافة الموارد البشرية الموجودة في المجتمع التي يمثل المسنون عنصرا هاما لا يمكن إغفاله من تلك الموارد الأمر الذي يحتم على المجتمعات المختلفة البحث عن أنسب صياغة تمكّنها من الاستفادة بجهود كبار السن في خطط التنمية الشاملة . (يعي مرسي , 2008, ص35)

4. أدت الزيادة الكبيرة في إعداد المسنين إلى تحويل مشكلتهم من مجرد مشكلة عاطفية تهدف إلى العطف على هؤلاء الشيخوخ دون القيام بإجراءات إيجابية لعلاجها إلى اتخاذ الوسائل المناسبة لتحسين حالة هؤلاء الشيخوخ .

5. إن مسألة رعاية المسنين تعتبر في الوقت ذاته قضية إنسانية هامة حيث حرصت كافة الأديان السماوية على ضرورة توفير الاحترام والرعاية لكبار السن وخصوصا الدين الإسلامي.

6. اتخذت قضايا كبار السن مكانا بارزا في الاجتماعات الدولية والإقليمية في السنوات القليلة الماضية مما يتيح الفرصة أمام المختصين في مختلف الجوانب إلى التفكير في الاستفادة بمعطيات تلك الندوات والمؤتمرات التي تتناول ظاهرة كبار السن في صياغة برامج وخطط الرعاية الواجبة لتلك المرحلة العمرية.

## 6- احتياجات المسنين النفسية والاجتماعية:

ويمكن أن نستعرض حاجات المسنين فيما يلي :

1- حاجات المسنون إلى أن يفهموا أنفسهم وينبغي أن يدرك المسنون كل ما يتصل بعملية النضج في العمر حتى يمكنهم أن يدركوا معنى التغيرات التي تؤثر في قدرتهم العقلية والجسمية وبناء شخصيتهم وبالتالي تنعكس على حالتهم النفسية ومكانتهم الاجتماعية الأمر الذي يعتبر ضرورياً حتى يتقبلوا هذه التغيرات والآثار ويعترفوا بها وبذلك يتحقق لهم أقصى تكيف اجتماعي ممكن .

2. يحتاج المقبلون على سن التقاعد إلى التعرف على فرص العمل والتطوع بعد التقاعد .كما يحتاجون إلى التعرف على طرق المحافظة على الصحة تباع الجيدة و أساليب معيشية تلائم التقدم في السن وطرق تجنب الأمراض المزمنة والوقاية منها كما يحتاجون إلى تأمين الموارد المالية اللازمة عن طريق تنظيم صرف المعاشات و المساعدات الحكومية والرعاية الطبية.

3. يحتاج المسنون إلى توفير علاقات اجتماعية سواء في داخل الأسرة أو خارجها يستدعي ذلك توعية المجتمع بأمراض الشيخوخة ومشكلات المسنين ، وأن الفكرة السائدة عند بعض الأشخاص أن كبار السن فئة غير منتجة ليست 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 التي ينتج عنها كل اضطرابات الشخصية والأمراض النفسية والجسمانية . (وجدي بركات، 2009، ص 07)

وتتمثل تلك الحاجات النفسية في الاحتياجات التي يحتاجها الفرد ليعيش في أمان مع نفسه ومع الآخرين متحرراً من كل الضغوط النفسية، ومن أهم هذه الحاجات الشعور بالأمن والحاجة إلى التقدير، والحاجة إلى الشعور بالعطف والمحبة أي إشباع الجانب الوجداني للفرد ، فهو محتاج دائماً إلى أن يحب وأن يحب ، وأن يعترف به ويحس أنه ذو نفع للجماعة وأنها في حاجة إليه بما يؤدي إلى إحساسه بكيانه وما يتعرض له المسنون من تغيير في كثير من الوظائف العقلية يجعلهم عرضة للخوف والقلق فالأمراض المزمنة التي يعانون منها حالتهم و إلى التقاعد وافتقاد بعض الأصدقاء وعدم تحقيق التكيف الشخصي والاجتماعي على وجه سليم إضافة إلى أن المسن كثيراً ما يفقد شريك الحياة وهو ما يجعله يشعر بالعزلة وافتقاد السند أو المعين ، والتقدم في السن تصاحبه ديناميات نفسية تتصف بنقص الكفاءة الوظيفية وما يصاحبها من نكوص وهياج وعمليات دفاعية ، وترتبط الاحتياجات النفسية للمسن بمشكلات عدم التكيف مع وضعه الجديد وتوضح الآثار النفسية والأخلاقية في ظل زيادة وقت الفراغ في مرحلة .

(جدي بركات، 2009، ص 07)

## 7- بعض الاضطرابات العضوية والنفسية لدى المسنين:

## 7-1-الامراض العضوية :

1-ضعف الحواس: أكثر الحواس تعرضاً للضعف في هذه المرحلة هما حاستي السمع والبصر , خاصة حاسة السمع فتقدم العمر يصاحبه اصابة الاذن الخارجية الوسطى والداخلية من اعراضها انخفاض في درجة السمع و يرافق ذلك انخفاض خفيف بمنطقة الاصوات الحادة .اما بالنسبة لحاسة البصر فانها تقل مع تقدم العمر لان معظم المسنين يلجؤون الى النظارات . (فيصل محمد خير الزراد , 1984 , ص 13- 14)

2-تخلخل العظام : و من الامراض الشائعة لدى كبار السن مرض هشاشة العظام او نقص في صلابة الهيكل العظمي نتيجة لفقد مادة العظام , وهي اكثر حدوثا لدى النساء بعد انقطاع الطمث ما بعد 50 سنة و السبب هو نقص الحركة و النشاط او عدم كفاية المواد الغذائية التي تحتوي على الكالسيوم و الفيتامين . (لطفي عبد العزيز الشربيني , دس , ص 35)

3-التهاب القصبة الهوائية المزمن: يعترى القفص الصدري شيء من الضمور , فيضيق من الأعلى بحيث يصبح شكله كحبة الاجاص , و بذلك تقل قابليته للاتساع و هذه العوامل كلها تحد من سعة التنفس و ينقص مقدار الهواء الذي يدخل الى الرئة و يرافق هذا كله صعوبة في دوران الدم داخل الرئة مما يحمل القلب الى العمل باقصى قوته , فيزيد في اعياءه و يعرضه الى الاضرار ,ومن اعراضه ضيق التنفس خصوصا عند صعود السلم او مرتفع , و السعال خصوصا في الصباح بعد النهوض من النوم .

4-تصلب الشرايين: هو مرض يظهر بدرجات متفاوتة عند كل الشيخوخ تقريبا , كما يظهر في بعض الحالات المرضية كالامراض المعدية المزمنة "الزهري" , والامراض التي تؤدي الى تسرب الدهون الثقيلة على جدران الشرايين , و امراض الكلى , و امراض الدم . الاوعية الدموية التي يجري فيها الدم من القلب نحو اجزاء الجسم كلها تموضعات مكونة من مادة دهنية " الكولسترول " و املاح الكلس , فيضيق الشريان و يفقد مطاطيته مما يشكل عائقا لجريان الدورة الدموية بداخله , وقد يحدث احتقان في الاماكن شديدة التضيق من الشرايين مما يؤدي الى تجلطه و سد الشريان بالجلطة , فتتوقف الدورة الدموية فيه او يتم انفجاره في موضع السد , والمصاب بتصلب الشرايين يشعر بضيق حجمها و تعثر الدورة الدموية فيها بحكم شعوره بالأم شديدة في القلب اذا كانت الاصابة في شريانه , اما اذا كانت الاصابة بشريان الرجل يحس بآلم شديد في الرجل يجبره على التوقف عند المشي و يصبح لون الجلد ازرق .

5-ضغط الدم: تقوم الشرايين بتنظيم الضغط و كمية الدم المارة بها عن طريق التمدد و التقلص المنتظم مع نبضات القلب , وهناك نوعان من الضغط يتم قياسها:الضغط الانقباضي , عندما ينبض القلب اثناء عملية الضخ و الضغط الانبساطي و يقاس عند استرخاء القلب لاستقبال الدم القادم من الجسم .

1\_5ارتفاع الضغط الدموي: قد يرتفع ارتفاعا مؤقتا , ليس له اي دلالة مرضية و ذلك في حالات الاجهاد الجسدي كالركض و من اعراضه :شعور المصاب بطنين في الاذنين , ثقل في الراس و سرعة الاثارة وضعف الذاكرة, تنمل الاصابع .

2-5-الضغط الدموي: ينذر ان يكون هبوط الضغط الدموي حالة مرضية مستقلة بنفسها وموروثة من العائلة نتيجة لاصابة الجسم بحالات مرضية كالامراض المعدية او ضعف القلب من اعراضه : ضعف القوى , البرودة .

(حامد زهران , 1977, ص 546-547)

6- الداء السكري: يحدث الداء السكري نتيجة نقص افراز الانسولين مما يؤدي الى ارتفاع نسبة السكر في الدم , حيث يتجمع السكر "الجلوكوز" في المجرى الدموي في الجسم و يخرج في النهاية مع البول و الغلوكوز يزداد كلما تقدم الانسان في العمر. من اعراضه :زيادة وزن الجسم او نقصه , فقدان الشهية , ضعف الرؤية , كثرة التبول و العطش المستمر , بطء في التئام الجروح .

2-7-1-لاضطرابات النفسية: المشكلات النفسية قائمة لامحالة بين مشاعر الملل و العزلة و الفراغ الى اضطرابات نفسية :

1-الاكتئاب: هو من الامراض النفسية المنتشرة في مرحلة الشيخوخة , وغالبا ما يصبح مزمنًا لانه عادة مايترك دون علاج ويبدأ ظهور حالة الاكتئاب ما بين 50 سنة و 60 سنة .من اعراضه :فقدان الاهتمام او الرغبة في الاهتمام بالنفس من حيث نظافة الجسد و الملابس و المظهر .

العزلة و عدم تكوين علاقات , او فقدان الاتصال و الحوار مع الاخرين , مزاج حزين , فقدان الرغبة الجنسية و تغير في مستوى النشاط .

2- الوسواس القهري : هو عبارة عن فكرة ثابتة, اي يقوم المريض بتكرار الافعال التي يجب تكرارها , لكن مرضه يجبره على تكرارها اكثر من مرة , وبالتالي لا يكون مرتاحا الى سلوكه , مثلا: يشك انه ترك باب غرفته مفتوحا فيتجه الى اغلاقه .

(عبد المنعم الميلادي , 2006 , ص 50)

3-القلق : دلت الابحاث في مجال الطب النفسي للمتقدمين في العمر ان القلق يمثل اكثر الاضطرابات النفسية شيوعا لديهم , فيزيد قلق المسن نتيجة شعوره بالعجز والضعف بسبب تدهور قدراته العقلية و العضوية كضعف الذاكرة والاحساس بالتعب .

3-7-الامراض العقلية :

1- الزهايمر: هو احد الامراض العقلية التي تصيب الانسان فيما قبل الشيخوخة , وهو عبارة عن تدهور في خلايا المخ وذلك التدهور الذي يسبب معاناة المريض من صعوبات في الكلام و الذي يؤدي الى الاصابة بالشيخوخة المبكرة . يتميز بتلف في الدماغ لا يرى الا بالمجهر , ويتمثل هذا التلف في ترسب مادة amiboide مع اصابة الالياف العصبية بالانحلال بحيث ينتشر هذا التلف في منطقة قرن و كذلك منطقة اللحاء و الاخرى المرتبطة بمنطقة امون , مما يسبب نقص في وزن الدماغ و تدهور الوظائف المعرفية كالانتباه و التركيز و الادراك , الذاكرة , اللغة , التفكير الى جانب ظهور اضطرابات سلوكية كالعوانية , ويبدأ هذا المرض في مرحلة مبكرة في الخمسينات , ثم يتدهور بعد ذلك بسرعة مع تقدم العمر .

(عبد الرحمن العيسوي , 1999 , ص 140).

2- بركسون : وفيه يشكو المريض من الرجفة و بطئ الحركة و المشي بخطى قصيرة مع صعوبة الاحتفاظ بالتوازن , ويكون الارتجاج على اشد في نهاية الاطراف و يخفت الصوت , كما تضعف الذاكرة . مرض تدهوري يصاب به الناس بعد الاصابة بالتهاب الدماغ الوبائي لسنوات , فتبدأ الخلايا الموجودة في قاعدة المخ في التدهور , بحيث تصاب المنطقة المسؤولة عن الانفعالات في الدماغ فهو يصيب كبار السن ما بين 50- 60 سنة و من اعراضه الرعشة الزائدة , انحناء الجسم و ضعف العضلات , فقدان القدرة على التحرك و الحرية في الانتقال .

(سليم ابو عوض , دس , ص 127)

3-ذهان الشيخوخة الوجداني : تصل نسبة هذا المرض من 30 الى 50 بالمئة من جميع مرضى العقول داخل المستشفيات , وفيه تزداد اعراض التوتر التي تتمثل في زيادة الحركة و الشعور بالالام , الهذيان , وتوهم العلل المرضية .

4-فصام الشيخوخة : هو اكثر انتشارا لدى النساء , وعادة ماتكون المصابة به انطوائية قبل المرض مع وجود عجز جسي , في معظم الحالات يبدأ المرض على شكل هذيانات اضطهادية .

(فيصل محمد خير الزراد , 1984 , ص 28)

5-عته الشيخوخة : حالة مرضية تشمل اعراض حالات ممكن ان توضع تحت عنوان كبير هو تدهور او فقدان الوظائف العقلية و من هذه الوظائف الذاكرة , الاحتفاظ بالمعلومات ..... الحوادث , الاخبار , انخفاض الانتباه و بطئ الفهم , الصعوبة في التفكير المجرد , ضعف القدرة الحسابية , تجمد العواطف او تبددها , فعته الشيخوخة هو عبارة عن خلل وظيفي عقلي نتج عن مرض عضوي اصاب المخ و يحدث بسبب خلل يؤثر على منطقة او اكثر من المخ و قد يكون هذا الخلل راجعا الى مرض في اجهزة الجسم ثم يؤثر على الجهاز العصبي و على المخ اساسا , قد تختلف الامراض باختلاف عوامل كثيرة بسبب

الاصابة , موقع الاصابة , عمر الاصابة , وسرعة تطور الحالة و يعتبر مرض الزهايمر مرض عضوي يصيب اجزاء من المخ , احد اسباب الاصابة بعته الشيخوخة .

#### 8-نظريات دراسة الشيخوخة:

تختلف نظريات الشيخوخة باختلاف المنظور الذي ننظر إليها من خلاله ، فالشيخوخة عملية متعددة ومتشابكة الجوانب والأبعاد وفيها تتم مجموعة من التغيرات البيولوجية والاجتماعية والسيكولوجية وبالتالي ظهرت مجموعة من النظريات التي تلقي الضوء وتفسر هذه التغيرات والمظاهر.

#### 8- 1- نظرية الانسحاب:

تقوم هذه النظرية على افتراض أساسه أن الأفراد حين يصلون لسن الشيخوخة فهم تدريجيا يبدأون في تقليص الأنشطة التي اكتسبوها حين كانوا في منتصف العمر ، و تقول كمنج Cumming التي تعتبر مؤسسة هذه النظرية " تبدأ مظاهر الانسحاب بالملاحظة الموضوعية ذلك أن المسن يشعر أنه بدأ يفقد إرتباطه بأوجه الحياة المحيطة به إذا ما قارن نفسه حين كان أصغر في السن و أكثر ايجابية و أكثر حركة على اعتبار أنه شخص غير مرغوب فيه و لذلك يعتبر التقاعد مظهرا للانسحاب المتبادل ، فالفرد ينعزل عن المجتمع في الوقت الذي يبدأ فيه المجتمع الانسحاب من حياة الفرد ، و قد ينسحب المسن تماما من المجتمع و يبقى نسبيا مغلقا عن الآخرين و قد يرافق هذا الانسحاب التام المسن من البداية و يظهر ذلك في زيادة الانشغال بنفسه و حين تكتمل عمليات الشيخوخة فإن التوازن الذي كان يوجد في منتصف العمر بين الفرد و مجتمعه يذهب ليحل محله توازن يتميز ببعد المسافة و تغيير أنماط العلاقات و تقوم نظرية الانسحاب على ثلاثة أبعاد أساسية هي :

1 أن معدل التفاعل و أبعاد سوف يقل بتقدم الإنسان في عمره.

2. أن التغير الكمي و الكيفي في التفاعل يصاحبه تغير في إدراك حجم الحياة .

3. أن التغير الكيفي للتفاعل يصاحبه نقص في صفة الحياة الاجتماعية حيث ينتقل المسن من الاهتمام بالآخرين إلى الاستغراق في ذاته و من الانشغال إلى الراحة . لقد نقدت هذه النظرية حين أشار البعض إلى أن نظرية الانسحاب لا تنطبق على كل لأفراد فالذين يعملون أعمال لا تتصل بالأداب أو الفن أو أعضاء السلك الجامعي أو رجال الذين لا تنطبق عليهم نظرية الانسحاب و لذلك عدلت كمنهج من نظريتها و أشارت إلى الرضا عن الحياة قد يرتبط إيجابيا بالأنشطة لدى بعض المسنين و بالانسحاب لدى بعض الآخر ، فالشخص النشط الذي يوجه اهتماماته للعالم الخارجي سوف يكون سعيدا إذا ما استمر على ذلك خلال مرحلة التقاعد ، أما الآخرين أصحاب النظرة السلبية و الذين يعتبرون البيت مركزهم الرئيسي فإنهم سوف يرحبون بالانسحاب من المجتمع .

( محمد نبيل، ب.س، ص50 . 51 )

#### 8-2 نظرية النمطية و اللانمطية :

و التي تنظر للشيخوخة نظرة نمطية قائمة على التعميم، مما أدى إلى معاملة المسنين كأنهم فئة واحدة وتحديد سن التقاعد بناء على ذلك بسن الستين، أو ما يعادل ذلك ، والملاحظ في الواقع هو عكس هذه النظرة النمطية، إذ يتباين المسنون في قدراتهم الجسمية والروحية والعقلية والوجدانية تباينا كبيرا ونلاحظ أيضا أن كثيرا من قادة السياسة، ورجال الأعمال، وأصحاب المهن الحرة الناجحين، هم من المسنين الذين بلغوا سن التقاعد الرسمي الذي تعترف به الأمم المتحدة . تستند هذه النظرة الجديدة ( اللانمطية ) على التأكيد على ضرورة اعتماد مبدأ " الفروق الفردية " في معاملة كبار السن في مجالات عدة، وخاصة في إدارة الموارد البشرية، حيث أن هناك حاجة ماسة لتوظيف المسنين في كثير من البلدان التي ارتفعت فيها نسبة الشيخوخة كثيرا. ولا ينبغي أن يقتصر توظيف المسنين في الوظائف المناسبة لقدراتهم الجسمية والعقلية والوجدانية على البلدان التي ارتفعت فيها نسبة الشيخوخة، كما هو الحال في معظم البلدان المتقدمة صناعيا، بل ينبغي أن يكون الأمر

كذلك في دول الخليج، حيث هناك حاجة ماسة لكل الأيدي العاملة، وخاصة المتعلمة والمهارة منها (مصطفى مولود عشوي، 2008، ص5).

### 3-8 نظرية النشاط والفعالية :

ترى هذه النظرية أن كبار السن لا يتخلون عن أدوارهم بسهولة التي كانوا يمارسونها في منتصف العمر، وإذا ما اضطروا لذلك فسوف يستبدلونها بأدوار وأنشطة جديدة مناسبة لقدراتهم بحيث توفر لهم الشعور بالرضا عن الذات والتوافق الاجتماعي، وقبلت هذه النظرية بصورة واسعة وكانت ذات أهمية خاصة بالنسبة للمتخصصين بالنشاط ويمكن أن تعزى شعبية هذه النظرية بصورة خاصة إلى الطريقة التي تظهر فيها، وتستند هذه النظرية على أساس أن المستويات العالية للنشاط ترتبط بإدراك ورضا نفسي عالي عند كبار السن، وعلى الرغم من ظهور نتائج دراسات ميدانية تؤيد هذه النظرية إلا أنها نقدت كونها بسيطة لا تتضمن شرحا كافيا للرضا عن الحياة في الأعمار المتقدمة، ومن محدوديتها أنها لا تأخذ بنظر الاعتبار الفروق الفردية والشخصية في مستوى النشاط عبر مسار الحياة.

### 4-8- النظرية السيكلوجية ( الشخصية ):

تهدف نظريات الشخصية إلى تفسير أنماط التكيف في السنوات الأخيرة من الحياة على أساس السلوك طوال الحياة التي يجري تعميمها من خلال مصطلح الشخصية PERSONALITY، ويرى نيوجارتين وهو أحد أقطاب هذا المذهب أن هذا المصطلح غير ضروري ويرى أن التجمع هو جزء من البيئة التي يمكن التكيف معها والتأثير عليها الاستجابة لها ولكن ليس بالضرورة التفاعل معها، بينما يؤكد هنري على أهمية مصطلح ذاتي بمعنى عمليات الشخصية المختلفة وعلى هذا النحو فهي تمثل عمليات "للأنا" ذات التاريخ التطوري ومسار واضح خاص بها وقوة ايجابية يمكن أن تؤثر على رد الفعل بالنسبة للأحداث الخارجية واختيار الاستجابة لهم (يحي مرسى، 2008، ص197 . 198)

### 4-8- 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 للعمل أهمية كبيرة ويعتبرونه قيمة في حياتهم. وقد قسم الباحثون إزاء هذه النظرية إلى فريقين: الفريق الأول: ويرى ممثلوه أن فقدان الفرد لعمله وتغير أدواره بعد إحالته للتقاعد يؤثر في نظرتة لنفسه، وفي علاقاته مع أسرته والمجتمع الذي يعيش فيه.

الفريق الثاني: وينظر أصحابه إلى الإحالة إلى التقاعد على أنه ليس العامل الوحيد والأهم في رضا المسن عن نفسه وعن حياته، فتأثير التقاعد بتوقف على عدة عوامل منها المستوى الاقتصادي والاجتماعي، وأهمية العمل بالنسبة للفرد والحالة الصحية... الخ . (عبد اللطيف خليفة، ب.س، ص37).

### 9- أهمية التدخل المهني في مجال رعاية المسنين:

#### 9-1 من المسؤول عن رعاية المسنين؟

إن مرحلة الشيخوخة لا نعني بها مرحلة العجز والتهور بل نقصد بها أن كل مرحلة من مراحل العمر، بل وكل فئة من فئات الناس بحاجة إلى نوع أو آخر من أنواع الرعاية وأنه لا يمكن ترك أية مجموعة من الناس بغير ضمان الرعاية المناسبة لهم فالإنسان راع ومرعى في نفس الوقت مهما كانت مكانته الاجتماعية ومهما كانت المرحلة العمرية التي بلغها، وقبل أن نتطرق إلى أنواع الرعاية التي ينبغي أن نقدمها للكبار والمسنين فإننا نخرج إلى من يقوم برعاية المسنين.

### 1-1-9 مسؤولية الأبناء :

لابد للأبناء أن يساهموا في رعاية الآباء والأمهات الذين تقدم به السن و ليس من يشك في أهمية الرعاية النفسية و التعاطف الذي يجب أن يوفره الأبناء و البنات لكبار السن ، لأن المسن لا يحس بالسعادة و الطمأنينة و الدفاء النفسي إلا إذا أحس بأن أبنائه و بناته بارون به و متعلقون بشخصه و حريصون على راحته و مهتمون بصالحه.

### 2-1-9 مسؤولية الدولة :

فعلى الدولة أن تأخذ في عانتها رعاية الشيخوخة و أن تضع النظم و اللوائح المنظمة لتلك الرعاية ، و ألا تقتصر في ذلك على ما تفعله من رعاية مادية لهم بل عليها أن تمتد مظلتها الرعاية للشيخوخة إلى جميع المناحي التي تؤثر من قريب أو من بعيد في شخصية الشيخ و سعادته ، و يجب أن تكون تلك الرعاية تقوم على أسس سليمة حتى تضمن لنفسها النجاح . ( يوسف ميخائيل أسعد ، 2000، ص12) .

### 3-1-9 دور المؤسسات الخاصة :

إن المؤسسات الخاصة تلعب دورا مهما و أساسيا في مواجهة التحدي الذي يلقيه كبار السن من أعضائها ، فهي تعمل جاهدة أن تستوعب كل الرغبات و المهارات و المعارف و الخبرات المطلوبة لمعاونة الشخص المتقدم في السن ليعيش إلى آخر عمره ، و يتطلب ذلك البحث عن إشباع حاجات المسنين و توفير الرعاية الصحية و الخدمات الإسكانية و الترويحية و الإرشادية و المساعدات المالية ، و تقوم هذه المؤسسات بهذا الدور من خلال :

- الأنشطة الترويحية التي تقدم للمسنين والهوايات المختلفة .
- فرص الكسب و ذلك بالإشراف على بعض البرامج لإعادة التكيف .
- تقديم برامج مناسبة للمسنين حيث يجدون الفرصة لإبراز مواهبهم أو اكتشاف استعداداتهم، كما يجدون المناسبات التي يستفيدون فيها من شتى أنواع الخدمات ( الرحلات و الأسفار...الخ) .
- دراسة و تحسين الظروف البيئية التي تحيط بالمسنين و بعض المشكلات النفسية و الصحية و علاج الأمراض المختلفة من طرف أطباء و مختصون نفسانيون و اجتماعيون ... الخ .
- فهذه المؤسسات التي تتميز ببعض الجوانب الإيجابية لا تخلو من بعض العيوب نذكر منها:
- أنها تميل إلى التقوقع و الانعزالية بعيدا عن الخبرات العالمية في مجال رعاية الشيخوخة .
- بعض هذه المؤسسات تبدأ بباعث إنساني و لكنها تنحدر إلى مستوى الاستغلال و الجري وراء الربح .

( هدى قناوي ، 1987، ص107 . 108 )

### 2-الرعاية الصحية :

لا يمثل كبار السن في العالم فئة واحدة من حيث القدرة على العمل أو الحاجة إلى الرعاية الصحية بل يمكن تقسيمهم إلى ثلاث فئات هي :

**الفئة الأولى:** هم الكبار في السن الذين يتجاوزون الستين من العمر و لكنهم أصحاء و لا يحتاجون إلى مساعدة للقيام بأدوارهم الاعتيادية و قادرون على التفاعل و التعايش مع بيئاتهم الأسرية و الاجتماعية

**الفئة الثانية:** و هم كبار السن الذين يتجاوزون الستين من العمر و يعيشون في بيوتهم و يحتاجون إلى مساعدة في أمورهم الشخصية و الصحية .

**الفئة الثالثة :** و تضم الكبار السن الذين يتجاوزون الستين من العمر و لكنهم يحتاجون إلى رعاية صحية مستمرة و على مدار الساعة حيث أنهم غير قادرين على القيام بأي شيء ، و يحتاجون إلى مكان دائم تقدم لهم فيه الرعاية الدائمة طالما بقوا على قيد الحياة فالمسنين الذين يندرجون ضمن الرعاية الصحية هم من الفئتين الثانية و الثالثة.

( علي جاسم ، 2009، ص357 )

### 3-الرعاية النفسية:

تهدف الرعاية النفسية إلى تحقيق الأمن النفسي و الانفعال و التوافق الذاتي للمسنين و إشباع الحاجات و تحقيق عزة النفس للمسن ، و شعوره بالحب و بأنه مطلوب و أن أهله بحاجة إليه و إقناعه بأن ما تبقى له من قوى عقلية و جسمية تكفي لإسعاده في الحدود الجديدة التي يفرضها سنه .و سوف نتناول الرعاية النفسية للمسنين من النواحي الآتية :

الحاجة إلى إرشاد الكبار: يهدف إلى مساعدة المسنين لجعل مرحلة الشيخوخة خير سنوات العمر و ذلك عن طريق مساعدة الشيخوخة على تحقيق أفضل مستوى من التوافق و الصحة النفسية \_ . تأثير البيئة على توافقه النفسي : تحتاج الشيخوخة النفسية إلى كثير من الجهود لخلق بيئة سيكولوجية منتقاة جيدا لتساهم في التوافق النفسي ، ففي أكثر الأحوال تعمل البيئة على إظهار استجابات عاطفية عنيفة و ذلك بسبب ارتفاع درجة الحرمان الحسي الناتج عن أسباب عضوية لديهم ، لذا من الضروري فهم علاقة المسن بالعناصر البيئية حوله .

(هدى فناوي ، 1987، ص172 . 179).

### 3-1تحقيق التوافق الذاتي للمسنين :

إن كبر السن عملية مستمرة تتطلب توافقا مستمرا للتغير و توقعا أبعد ، و يشير التوافق لكبر السن إلى ردود الفعل لتفاعل التغيرات البيولوجية و الاجتماعية و النفسية التي تشكل جزءا من التقدم في العمر . و يقرر شك ( Shock ) 1952 أن مستوى التوافق لدى المسن يتحدد تبعا لأدوار ثلاثة هي : دور التوجه الفردي و الذي يتضمن التغيرات العمرية في الحاجات و الأهداف و الميول و الاتجاهات و في تقدير السعادة و مصادر القلق ، فهي تتغير مع تقدم في العمر، وثانيا دور كفاءة الأداء و القدرات و التي تتضمن التغيرات العمرية في الإدراك و السمع و البصر و في القوة و المهارات الحركية و حدود المرض ، كما تتضمن التغيرات في الذكاء و التعلم و الذاكرة فالاحتفاظ بالتوافق مع البيئة الاجتماعية يعتمد على الإدراك و الاتصال و تمثل الوظائف الحسية حلقة أساسية في سلسلة الأحداث التي تؤدي إلى الاتصال ، و ثالثا دور البيئة الاجتماعية و الثقافية حيث تتحدد آليات التوافق المتاحة للفرد ليحقق إرضاء حاجاته و أهدافه بالبيئة الاجتماعية و الثقافية التي يعيش فيها

(عبد الحميد شاذلي، 2001، ص45- 54)

يحظى المسنين بالرعاية في المجتمعات المختلفة سواء كانت رعاية تقليدية أو مستحدثة ... فإذا كان قائماً على مساعدة الإنسان لأخيه الإنسان ، في عفوية بالغة لما يمتلكه المدخل التقليدي لرعاية المسنين الإنسان من خير يوزعه على الآخرين ، فإن الرعاية الاجتماعية للمسنين في المجتمعات المعاصرة أصبحت قائمة على أسس مهنية و جهود للتدخل المهني من جانب الممارسين في التخصصات و المهن المختلفة العاملة في المجتمع ، و تعتبر مهنة الخدمة الاجتماعية من المهن الرئيسية في مجال رعاية المسنين .. حيث تتميز بممارستها الميدانية التي تدعمت عبر تاريخها بنماذج للتدخل المهني ، ويمكن لنا تعريف التدخل المهني في الخدمة الاجتماعية على النحو التالي :

1. التدخل المهني يشكل مجموعة من الأنشطة و العمليات التخطيطية و التنفيذية .

2. يشترك في هذه الأنشطة كل من الأخصائي الاجتماعي و الوحدة التي يتعامل معها في موقف الممارسة و التدخل المهني.

3. للتدخل المهني مراحل و عمليات متتالية و متفاعلة و متسقة مع بعضها و وصولا لتحقيق أهداف محددة .

(وجدي بركات، 2009، ص07).

## -خلاصة الفصل:

إذا من خلال ما تم التطرق إليه في هذا الفصل فالشيخوخة ليست مجرد عملية بيولوجية بحتة تظهر أثارها في التغيرات التي تطرأ على الفرد ، وإنما هي بالأساس ظاهرة اجتماعية تتمثل في موقف المجتمع من المسن حين يفرض عليه قيودا مما يترتب على ذلك أثارا سلبية أو نفسية تنجم عن الإحساس بعدم الجدوى بالنسبة للمجتمع ، و بعدم رغبة المجتمع فيه نظرا لأنه لم يعد قادرا أو صالحا أو نافعا . فالشخص عندما يصل إلى مرحلة الشيخوخة يبدأ يعاني من ضعف في بدنه و اعتلال في صحته و نقص في قوته و حواسه الإدراكية و الجسمية.

## الفصل الثالث: القلق

تمهيد

1. مفهوم القلق.
2. أنواع القلق.
3. أعراض القلق.
4. أسباب القلق.
5. النظريات المفسرة للقلق.
6. علاج القلق.

خلاصة

## تمهيد

إن القلق يعني إصابة الشخص بالتوتر والضيق والتأزم الذي يسبب له معانات ظاهرية فكثيرون عرفوا ان القلق يسبب الألم، ما يفسر امراض كالقرحة و سوء الهضم , ومنها ايضا الربو و الانسان الذي يحسن التحكم في الظروف الطاغطة و الصحية يعيش حياة اكثر هدوء و إستقرار يجعله منيعا من ما قد يفسر عن القلق , فالقلق يلعب دورا فعالا في حدوث إستجابات و إضطرابات في وظائف الجسم قد يصل احيانا إلى تعطيل اجهزة و اعضاء الجسم.

## 1- مفهوم القلق :

لغة : قلق الرجل يقلق قلقا : اضطرب و انزعج , اقلقت الناقة : قلق جهازها و اضطرب , يقال رجل قلق أي منزعج ومضطرب ومنه ما يقال امرأة قلقة وشاحها أي مضطرب وشاحها .

(بطرس البستاني , 1989, ص 854)

لقد تعددت تعاريف علماء النفس للقلق لأنه مفهوم صعب و معقد كما يعتبر من الأمراض العصبية الشائعة إلا أنه يعتبر سمة رئيسية في معظم الاضطرابات، نجده عند الأسوياء في مواقف الأزمات كما نجده مصاحبا لكل الأمراض العصبية و الذهانية على السواء .و على الرغم من الاستعمال الواسع للقلق إلا أنه ليس هناك اتفاق على تعريفه و يتضح ذلك من خلال اختلاف وجهات النظر لعلماء النفس حيث يعرفه .فيعرفه:"FRAND" أنه حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان فيسبب له كثيرا من الضيق والألم ."

(محمد إبراهيم الغيومي، 1985 ، ص 60)

أما("MAN MASSER" ماسرمان ) فيعرفه: " أنه حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال صراعات الدوافع و محاولة الفرد للتكيف " .

(مصطفى فهمي، 1987 ، ص 199)

و يعرفه ("CARRALL"كارول) أنه: " هو عبارة عن ألم داخلي يسبب الشعور بالتوتر و يمثل قوة دافعة قد تكون مدمرة أو بناءة و توقف ذلك على درجة الشعور بوقوع الشر و على مدى أو حجم التهديد" .

(عبد الرحمان العيسوي ، 1988 ، ص 72).

كما يعرفه"عبد السلام زهران" على انه: " القلق هو حالة توتر شامل و مستمر، نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد تحدث، و يصطحبها خوف غامض و أعراض نفسية و جسمية كما أنه شعور متعلق سواء بوضعية صدمة حالية، أو أنه متعلق بانتظار خطرات من موضوع غير محدد " .

(عبد السلام زهران ، 1978 ، ص 397).

و يعرفه "جمال زكي": " القلق في معناه العلمي يدل على إحدى الحالات الانفعالية التي تصاحب الخوف من المستقبل أو تؤدي إلى الضيق و عدم الرضا، الذي يعوق التفكير الصحيح و العمليات العقلية الأخرى".

(جمال زكي، 1967 ، ص 14).

نستنتج من التعاريف السابقة أن القلق يتخذ عدة أشكال هي: التوتر، الصراع و الخوف إلا أن هذه التعاريف تتفق في عنصر واحد وهو أن القلق حالة توقع الشخص لخطر أو شر الذي يهدد حياته و يخشى من وقوعه

## 2-أنواع القلق:

### 1-2القلق الموضوعي(العادي):

القلق الموضوعي تجربة انفعالية مؤلمة تنجم عن خطر قادم في الخارج، و القلق قد يكون أمر عادي بمعنى أن الإنسان يخاف من بعض الموضوعات القائمة في البيئة كالخوف من الظلام .

(فيصل محمد خير الله الرزاد، 1984 ، ص 88).

حيث ينبع هذا الأخير من الواقع و من الظروف الحياتية اليومية و يمكن معرفة مصدر مسباته ، لأنه يكون غالبا محددًا في الزمان و المكان، و ينتج عن أسباب خارجية واقعية معقولة، كما أنه مفيد للإنسان حيث تجعله أكثر انتباها و استعدادا لمواجهة الظروف الطارئة و المواقف التي تهدد أمنه و توازنه الحيوي .

(الأزرق بوعلو، 1993 ، ص 60)

### 2-2القلق العصبي :

القلق العصبي هو قلق داخلي غامض، غير محدد المعالم، تختلف شدته و عمقه من شخص لآخر، و يجهد الإنسان في الغالب مصادر قلقه و لهذا يلاحظ أن رد الفعل عند الفرد يكون بطريقة عشوائية و أن السلوك يكون عادة فوضويا، لا يقضي على القلق بل قد يزيد من سيطرته و تمكنه .

(الأزرق بوعلو، 1993 ، ص 60).

و نجد الدكتور "نعيم الرافي" يعرفه على أنه " حالة قلق شديد يبدو حاد و لا يتصل بوقف معين، و يبدو في سلسلة من الأعراض تعبر عن تكيف غير مناسب مع الظروف المحيطة التي يعيش ضمنها الفرد.

(فيصل محمد خير الله الرزاد، 1984 ، ص 88 – 89).

و يرى فرويد: " FREUD أن القلق العصبي ينتج عن صراع بين قوتين في النفس، قوة الغرائز التي يعبر عنها بـ "الهو" و القوة المقابلة لها قوة المعايير الأخلاقية و التي تعتبر قوة رادعة معاقبة و التي يعبر عنها " بالذات العليا " و في هذه الحالة يكون " الأنا " هو موضوع الخطر، إذ ينشأ الاضطراب بسبب عجز " الأنا " اتجاه " الهو " و " الذات العليا " و عدم التوافق مع الواقع الخارجي، نتيجة و وقوعه تحت قوتين متصارعتين هما: قوة الغرائز و قوة الضمير ."

(كاظم ولي أغا، 1981 ، ص 311)

### 2-3القلق الخلفي :

يكون هنا مصدر القلق داخليا إذ يمارس في صورة الإحساسات بالذنب في " الأنا " يثير إدراك خطر آت من الضمير (فيصل محمد الرزاد، 1984 ، ص 88 - 89).

فهو ينشأ من إحباط دافع " الذات العليا " و ينتج عندما يرتكب الإنسان أعمال مخالفة للضمير أو يفكر في ارتكابها و هذا النوع شأنه شأن القلق العصبي فالإحساس بالذنب يحدث في صورة مختلفة: في صورة قلق عام دون وعي بسببه و في صورة مخاوف مرضية، أو في صورة قلق متعلق بأمراض العصاب نفسها.(محمد السيد الهابط، 1989 ، ص91)

#### 2-4القلق الوجودي :

و في هذه النوع من القلق تمتلك الشخص مشاعر بأن الحياة لا قيمة لها و يفقد إحساسه بقيمة كل ما يفعله، و هو اضطراب انفعالي تميزه خصائص وجدانية كالإحساس بالملل و الفراغ و مشاعر الاكتئاب، فمن الناحية الفكرية تسيطر على الفرد أفكار بأن الحياة لا معنى لها و ليس لها أهمية، أما من الناحية السلوكية يصبح الأشخاص غير مكترئين للقيام بأي نشاط كما يبرز فيه الفرد تعايشه في أداء نشاطاته المعتادة و يغلب على القلق الوجودي هذا: اللا اكتراث و غياب المشاعر القوية، و فقدان الإحساس بوجود أي معنى للحياة و من أهم العلماء الذين تكلموا عن القلق الوجودي " جان بول سارتر" و " آرثر ميلر " ..(إبراهيم عبد الستار، 1984 ، ص4)

#### 3-أعراض القلق :

تصنف أعراض القلق نفسية ، فيزيولوجية ، إكلينيكية:

#### 3-11الأعراض النفسية :

نجد الخوف الشديد و توقع الأذى و المصائب و عدم القدرة على التركيز و الانتباه و الإحساس الدائم بتوقع الهزيمة و العجز و الاكتئاب و عدم الثقة و الطمأنينة و الرغبة في الهرب عند مواجهة أي موقف من مواقف الحياة و الخوف من الأمراض كالقلب و السرطان و الزهري أو الخوف من الموت، و يفقد المريض السيطرة على أعصابه بسهولة لأنفه الأسباب الحساسية لأي ضوضاء فهذا التوتر هو مصدر للنزاعات العائلية، و قد تحطم حياة الفرد و يظهر هذا التوتر بين الطلبة قبل دخول الامتحان، كما نجد المريض يشتهي من ضجيج المواصلات و صراخ أخواته، كذلك عدم القدرة على التركيز و سرعة النسيان و السرحان و فقدان الشهية للطعام مع هبوط الوزن و الأرق الذي يتميز بصعوبة في النوم و إن نام يكون نومه مصحوب بالكوابيس.(مصطفى غالب، 1986، ص 31-32)

#### 3-12الأغراض الفيزيولوجية :

نلاحظ زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي السيبتاوي و البراسميثاوي و من ثم تزيد نسبة الادريالين و النور ادريالين في الدم، من بينه الجهاز السميثاوي فيرتفع ضغط الدم و تزيد ضربات القلب و تجحط العينين و يتحرك السكر في الكبد و تزيد نسبته في الدم مع شحوب الجلد و زيادة إفراز العرق و جفاف الحلق و أحيانا ترتجف الأطراف و يعمق التنفس أما ظهور نشاط الجهاز الباراسميثاوي فأهمها كثرة التبول و الإسهال و وقوف الشعور و زيادة الحركات المعوية مع اضطراب الهضم و الشهية و النوم، أما الهيبوتالاموس هو مركز التعبير عن الانفعالات و هو على اتصال مباشر بقشرة المخ بحيث توجد دائرة عصبية و الهرمونات العصبية المسؤولة هي هرمونات السيروتونين و النورادريالين و الدوبامين و تزيد نسبتها في هذه المراكز .

(مصطفى غالب، 1986 ، ص 12).

## 3-3 الأعراض الإكلينيكية :

يظهر المصاب بالقلق عادة التوتر، كثرة الحركة، سرعة التنفس، الكلام السريع غير المترابط نوبات من الصراخ والبكاء تكون مصحوبة بجفاف الحلق، اتساع حدة العينين شحوب الجلد، الارتجاف الشديد للأطراف، الإغماء و العرق البارد الغازر والأعراض الإكلينيكية نجدها في أجهزة وهي :

في الجهاز القلبي: يشعر الإنسان القلق بالألم عضلية فوق القلب و الناحية اليسرى من الصدر مع سرعة دقات القلب و الشعور بنبضات غير منظمة و في كل مكان .

الجهاز الهضمي: نجد صعوبة في البلع أو سوء الهضم و الانتفاخ و أحيانا الغثيان والقيء و الإسهال و الإمساك .الجهاز التنفسي: نجد سرعة التنفس و التهيدات المتكررة و الشعور بالضيق فيالصدر و عدم القدرة على استنشاق الهواء و تغير درجة الحرارة حموضة الدم، قلة الكالسيوم النشط في الجسم مما يجعل الفرد يشعر بالتنميل في الأطراف و تشنجات عصبية و أحيانا الإغماء.

الجهاز العصبي: تظهر على الإنسان القلق شدة الانعكاسات العميقة مع اتساع حدة العين و ارتجاف الأيدي مع الشعور بالدوران و الدوخة مع الصراع .

الجهاز البولي التناسلي: أعراض تتمثل في كثرة التبول و الإحساس الدائم بضرورة إفراغ المثانة كما يحدث قبل الامتحانات، كذلك فقد القدرة الجنسية عند جنسي، بل أحيانا يتسبب في اضطراب الطمث .

الجهاز العضلي: نجد فيه ألأم مختلفة في الجسم منها: ألأم عضلية في الساقين و الذراعين أو في الظهر أو فوق الصدر .(مصطفى غالب، 1986 ، ص 24).

## 4-أسباب القلق:

اختلفت نظريات علم النفس في تحديد الأسباب المؤدية للقلق ذلك لان كل نظرية قامت بدراسة القلق و وجهة مختلفة عن الأخرى و يمكن اختصار أسباب القلق فيما يلي:

## 4-1العوامل الوراثية :

إن الأساس الوراثي للقلق يتضح من دراسة سبب القلق في لتوائم المتطابقة و التوائم المتأخية و من دراسة التوائم وهي بعيدة عن بعضها، تبين أنها لا تزال تصاب بالقلق بالرغم من اختلاف المحيط بين الاثنين

(فخري الدباغ، 1983 ، ص 96-97).

فكل ذلك يدل على وجود دراجة من العوامل الوراثية ذات الصفات المتنوعة، تدخل في تهيئة الفرد للقلق، إلا أن هذا البناء الوراثي، لا ينفي أو يقلل من شأن العوامل المحيطة و النفسية العديدة .

(عبد الستار، 1980 ، ص 51).

## 4-2 العوامل النفسية:

إن الشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد و أهدافه بسبب القلق إضافة إلى الضعف النفسي العام و التوتر الشديد، الصدمات النفسية، الشعور بالعجز، الذنب، الخوف من العقاب و توقعه زيادة إلى عوامل متعلقة بالحياة العامة كالمشاكل المالية و المهنية و العائلية فهي من المسؤوليات التي تفوق تحمل الفرد أو من زوال المشيعيات التي تعود إليه كما أن الأمراض العضوية الحادة أو المزمنة تمهد الاستجابة للقلق الذي يواجه الفرد أو لطبيعة الضغوطات الداخلية التي تسببها الرغبات الملحة و الصراع بين الدوافع و الاتجاهات و الإحباط و الفشل اقتصاديا و روحيا.

(فخري الدباغ، 1983، ص 3)

لذا "فرويد" يعطي ثلاث عوامل كافية و هامة للشعور بالقلق :

الإحساس بالخطر الذي ينبه القلق.

الإحساس بعدم القدرة على مواجهة القلق.

الذكرى التي تتمثل في تذكر الشخص القلق كحالة مماثلة حدثت مرة أو عدة مرات.

## 3-4 مواقف الحياة الضاغطة :

إن تعدد الأعباء و المشكلات التي يتعين على الفرد في هذا العصر مواجهتها و تعدد الجهات التي عليه أن يتعامل معها و القوانين التي من المفروض أن يخضع لها، في العمل و الشارع و الحياة، كما أن هناك الكثير من الممنوعات التي يتعين الابتعاد عنها لان كل من يقترب منها سيتعرض للعقاب و في الحياة الحديثة بما فيها من أعباء و مسؤوليات تحتاج من الفرد إلى قدرة و طاقة نفسية للتكيف معها و ضغوط الحياة قد تكون فردية يتأثر بها الفرد الذي يقع عليه العبا لوحده، أو جماعية تؤثر على قطاع كبير من الناس في وقت واحد مثل: الكوارث الطبيعية و الحروب بما يترتب عنها من ماسي كثيرة و الأزمات الاقتصادية و كلها تمثل مجموعة الهموم التي يتعرض لها الإنسان في أماكن متعددة و من العالم تسبب له القلق.

(لطفى عبد العزيز الشربيني، د.س، ص 51).

## العوامل الفيزيولوجية :

يشرف الجهاز السمبتاوي و البراسيمتاوي و خاصة السمبتاوي المتمركز بالدماغ الهيبوتلاموس على تسيير و عمل كل الآليات الانفعالية، إذ أن مواجهة الحالات الضاغطة تعمل على تنشيط مفرط للجهاز السمبتاوي، فيفرز هذا الجهاز وسيط كيميائي يسمى "الادريالين". و في حالة إجهاد الجهاز السمبتاوي يعجز البراسمبتاوي عن إرجاع الوظيفة إلى حالتها الطبيعية فيحدث على شكل أعراض صحية و نفسية.

(فخري الدباغ، 1983، ص 40).

## 5-النظريات المفسرة للقلق:

## 1-5مدرسة التحليل النفسي:

● نجد " فرويد" الذي يقول: " إن القلق يظهر في الأصل كرد فعل لحالة الخطر " معناه أنوجود الطفل مستقلا عن أمه جسديا يبدأ مع عملية خاصة تنقطع فجأة الصلة التي كانت موجودة من قبل على شكل معين بين الطفل و أمه و أن عملية الميلاد هي خطر يهدد حياته لذلك فإن رد الفعل صدمة الميلاد هو قلق الأول الذي تعمل فيه العناصر الفسيولوجية عملا رئيسيا، أما في الكبر فان استشارة الطاقة الجنسية و عدم إشباعها بسبب تصادمها مع قيم المجتمع و تقاليده فهي المنبع المتجدد للقلق.

(مصطفى الفهمي، 1987 ، ص 204 ).

● هورتي : يرى أن هناك ثلاث عوامل أساسية في حالة القلق و هي : الشعور بالعجز، الشعور بالعداوة و الشعور بالانفراد و العزلة و تؤكد على أن واقع الحياة التي يعيشها الطفل يساعد على تكوين القلق بصفة تدريجية حيث تقول : " انه مهما تكن مظاهر القلق و أشكاله فهي تنبع من مصدر واحد و هو شعور الفرد بأنه عاجز وضعيف حيث لا يفهم نفسه و لا يفهمه الآخرون، و انه يعيش في وسط عدائي مليء بالتنافس و كانت "هورتي" أكثر تأكيد الأهمية القيم و المعايير الاجتماعية و أثرها في تكوين الشخصية و تؤكد على أنواع الصراع الذي يرتبط بالقيم و المعايير الاجتماعية المتعارضة لدى يجد الفرد صعوبة كبيرة في التوفيق بين الاتجاهات المتعارضة فيعيش في صراع بين هذه الاتجاهات ، مما يزيد من مشاعر القلق لديه

(مصطفى فهمي، 1987 ، ص 203-204).

● اتورانك: يرجع القلق إلى تجارب و خبرات الانفصال المتتالية و التي يعيشها الإنسان منذ الميلاد إلى الموت إذ أن صدمت الميلاد و الانفصال عن الألم و الصدمات التي يعيشها الفرد تسبب له الم و قلق و تبقى مستمرة طيلة الحياة كما تكون السبب في الحالات المقلقة فيما بعدو يرجع " اتورانك" جميع حالات القلق إلى ما سماه قلق الميلاد"و هو عبارة عن تفرغ للقلق الأول والذي حسبه أن القلق يأتي في صورتين هما :

الخوف من الحياة : و هو القلق من التقدم و استغلال الفرد.

الخوف من الموت: قلق من فقد الاستقلالية الفردية و يعود إلى حالة الاعتماد علىالغير كما نجد الكثير من العلماء اهتموا بهذا الموضوع أمثال : " ادلر"، "كارل يونغ" "ايريك فروم" وغيرهم . (FRIEND .S.1980.P 34-35).

## 2-5المدرسة السلوكية :

يرى أصحاب هذه المدرسة من بينهم " شافر" و "دروكس" أن القلق المرضي استجابة مكتسبة قد تنتج عن القلق العادي تحت ظروف أو مواقف معينة كالمواقف التي ليس فيها إشباع، فقد يتعرض الطفل منذ طفولة لمواقفه تحدث فيها خوف أو تهديد التي تصاحبه عدم الارتياح الانفعالي و عدم الاستقرار و المواقف التي فيها إفراط في الحماية، فقد يتعرض الطفل للشعور بالخطر عندما يتعرض للمواقف الخارجية البعيدة عن مجال الأسرة.

(مصطفى فهمي ، 1987 ، ص 118).

## 3-5 المدرسة الاجتماعية :

يتجسد رأي هذه المدرسة في رأي "هاري ستاك سولفيان" الذي يعتقد أن شخصية الطفل تتكون خلال العلاقات الاجتماعية خاصة الأم، ومنه فان نشأة الطفل الاجتماعية وتربيته وتعليمه تتلخص في اكتساب الطفل لبعض الأعمال والعادات التي لا يتحسنها الوالدان وينتج عن ذلك القلق مما يدفع الطفل إلى مراعاة سلوكياته والقيام بالسلوك الذي يؤدي إلى الاستحسان ذلك ليكون دائم الانشراح ويتجنب العقاب والقلق ومنه يكتسب الطفل نظاما واتجاها سلوكيا معيناً يحتفظ به طول حياته وان أي خبرة تهدد هذا النظام تؤدي إلى القلق وعلى ذلك فلقلق هو الوسيلة التي تلجأ إليها النفس لإضعاف الإدراك من خلال ما يقوم به من أعمال من غير وعي إلى القلق وبهذا فان "سوافيان" أنما يحاول تفسير الكتب ونشوء الأعراف على طريقته الخاصة في التعبير .

## 4-5 المذهب الإنساني:

في نظرهم القلق هو الخوف من المستقل وما يعمل به من الأحداث قد تهدد وجود الإنسان و يبين أصحاب هذا المذهب أن الإنسان هو الكائن الحي الوحيد الذي يدرك أن نهايته حتمية وأن الموت قد يحدث في أية لحظة وأن توقع الموت هو المثير الأساسي للقلق عند الإنسان .

## 6-علاج القلق :

يتنوع العلاج على الجوانب التالية والتي تكون القواعد الأساسية في أكثر العلاجات وهي كالآتي

## 1-6العلاج النفسي :

يحاول العلاج إيجاد علاقة ثقة وود مع المريض ليتمكن من التعبير والترويح عن نفسه والبوح بمشاكله ثم الكشف عن الصراعات المكبوتة من خلال سلسلة من اللقاءات والأحاديث أو تفسير الأحلام ، ثم محاولة إفهام المريض بحقيقة وجذور القلق الذي يعانيه ودفعه إلى الشفاء برفق بالتشجيع والتوجيه والإيحاء غير المباشر ويتخض العلاج عدة صور وأساليب بالنسبة لمدارس علم النفس المختلفة والطريقة التي يفضلها المعالج .

(.فخري الدباغ ، 1983 ، ص 104 ).

## 2-6العلاج الكيميائي :

يعتمد العلاج بالدرجة الأولى على استخدام العقاقير المهدئة ففي الحالات القلق الشديدة يحتاج إلى إسعاف سريع أني لتهدئة المريض وإراحة المريض قبل التفكير في العلاج النفسي لان هناك خطر الانتحار أي سهولة المرور إلى الفعل أما في حالة الرعب والانهيار والإعياء والإغماء نستعمل طريقة النوم الدائم وذلك بتزويد المريض بكميات من الدواء والمنومات والمهدئات بحيث ينام مدة 20 ساعة في كل 24 ساعة فيكون خلالها قد تمتع باسترخاء عقلي وجسمي.

أما في حالة القلق الحاد والمتوسط يمكن إعطاء حقن مثل: الفاليوم أو الليليبريوم، أما حالات القلق المزمنة والمتكررة ، فتعطى نفس المواد السابقة الذكر مع إضافة بعض العقاقير الضد اكتئابية .

(فخري الدباغ، 1983 ، ص 104 ).

## 3-6 العلاج السلوكي:

بالنسبة لنظرية التعلم الحديثة ، القلق يعد فعل منعكس شرطي خاطئ و هنا العلاج يهدف إلى إزالة أعراض القلق عن طريق عملية الاشرط ثم إعادة الاشرط بتدله الصحيح.

(فخري، 1983 ، ص 105 ).

فعن طريق تدريب المريض على الاسترخاء ثم تقديم المنبه المثير للقلق بدرجات متفاوتة في الشدة تدريجيا يتمكن من مواجهة تفسير الوقف المثير للقلق حيث يتم تحسينه .

( احمد عكاشة، 1988 ، ص 55 )

## 4-6 العلاج الاجتماعي :

و هذا بإبعاد المريض عن مكان الصراع النفسي و عن المؤثرات المسببة للقلق كما ينصح في بعض الأحيان بتغيير مكان الإقامة أو العمل.

(محمد الرزاد، 1984 ص 88 ).

## 5-6 العلاج الجراحي :

نلجأ إليه في حالة فشل الأساليب السابقة ويعتمد على العمليات الجراحية وهذه يخص الحالات النادرة من القلق كحالة القلق التي يتكون مصحوبة بالتوتر الشديد و الاكتئاب فتتم هذه العملية في المخ للتقليل من شدة القلق و ذلك عن طريق الألياف الخاصة بالانفعال المخ الحشوي إذ بقطعها تتوقف الدارة الكهربائية و العصبية و الكيميائية الخاصة بالانفعال 5-6. العلاج بالمياه الساخنة: الفصل الثاني القلق 25 و من بينها الحمام المنزلي و هي وسيلة ناجحة لتحسين الدورة الدموية والنوعية الكيميائية للماء لها دور فعال ضد القلق و هو يحتوي على المغنيزيوم و الكالسيوم و البروتينات و درجة الحرارة المعتدلة 37° مثل حرارة الجسم .

## 6-6 العلاج عن طريقة الرياضة :

لها دور هام ممتاز لمكافحة انقباض النفس هذه الحركات يجب أن تكون مبرمجة بانتظام لكي تصبح نافعة و مهدئة و مزيلة للقلق و من بينها المشي الهادئ، الجمباز، السباحة و هذه الحركات لها تأثير قوي على تقوية الكتلة اللحمية للبدن.

## 7-6 العلاج عن طريق مشاهدة الأفلام :

إن مشاهدة الأفلام الشجاعة التي تعرض فيها الممثلون للمخاطر و الصراعات إذ الرمز في تلك الأفلام قد يفيد إلى حد ما حيث ينوب عنك بعض الأبطال في الفيلم فيما لا تقدر على عمله في الواقع الحي ، فالفارس الذي يقابل عدوه أو المصارع الذي ينازل مصارع آخر على جانب كبير من القوة أو حتى مجرد مشاهدة مباراة كرة القدم قد تخفف من التوترات النفسية و من شدة القلق النفسي الذي يستبد بالشخص .

## خلاصة الفصل:

من خلال كل ما استعرضناه في الفصل فان القلق من المواضيع المهمة والواسعة والعميقة والخطيرة إلا أن البعض من الناس لا يرون فيه إلا عنصرا بسيطا يمكن تداركه وهذه بالتأكيد فكرة خاطئة عند العامة لان القلق يلعب دورا هاما في تأزم مختلف الأمراض وزيادة حدتها .

## الفصل الرابع: التكفل النفسي

-تمهيد

1-تعريف التكفل النفسي .

2-التكفل النفسي وبعض المفاهيم المتداخلة .

3-أهمية التكفل النفسي

4-الأخصائي النفسي الإكلينيكي .

5-العلاج النفسي وبعض أشكاله .

6- طرق التكفل النفسي .

خلاصة .

تمهيد:

يتمثل التكفل في تدخل الاخصائي النفساني للتخفيف من حدة الاضطرابات ، بهدف خلق نوع من الاستقرار بعد التعرف على القوى الدافعة والخفية وراء الاضطراب ، ويتخذ التكفل النفسي عدة طرق منها العلاج بالتحليل النفسي ، العلاج السلوكي ، ويختلف التكفل حسب كل شخص و الميكانيزمات المكونة للشخصية و القابلية.

## 1--تعريف التكفل النفسي:

## 1-1 لغة :

كفل، يكفل، تكفيلاً، أو كفالة فلان في حالة وافق عليه وقام بأمره وحافظ عليها.

(عبد القادر المعيري، 1984 ، ص210)

## 2-1 اصطلاحاً :

يمكن أن يعتبر التكفل وظيفة ذات طابع تعديلي يسعى إلى تعديل السلوك وفقاً للمعايير، أي هي عملية لفهم إمكانيات الفرد واستعداداته واستخدامها في حل مشكلاته ووضع خطط لحياته من خلال فهمه لواقعه وحاضره ومساعدته في تحقيق أكبر قدر من السعادة والكفاية وتحقيق ذاته وصولاً إلى درجة التوافق يستقيه.

(سهل كامل أحمد، 1999 ، ص)

أو هو مجموعة الخدمات النفسية التي تقدم للفرد ليتمكن من التخطيط لمستقبل حياته وفقاً لإمكاناته وقدراته الجسمية وميوله بأسلوب يشبع حاجاته ويحقق تصوره لذاته، ويتضمن ميادين متعددة، أسرية، شخصية، مهنية، وهو عادة يهدف إلى الحاضر والمستقبل مستفيداً من الماضي وخبراته.

(جودت عزت عبد الهادي وسعيد حسني عزة، 1999 ، ص 14)

## 2--التكفل النفسي وبعض المفاهيم المتداخلة :

نجد أن مصطلح التكفل متداخل مع بعض المفاهيم والمصطلحات المرادفة له لذا أردنا التطرق إليها بغرض التفريق بين المصطلحات:

## 1-2التأهيل:

ويعرف في معجم العلوم الاجتماعية 1975 بأنه "مجموع العمليات والأساليب التي يقصد به محاولة تربية الشبان".

(محمد حسن غانم، 2005 ، ص195 )

كما يعرف أيضاً على أنه "إعادة شخص غير سوي إلى وضع طبيعي".

( هلموت بيتشي ترجمة أنطوان إ. الهاشم، 2003 ، ص15 )

## 2-2 الرعاية :

هي الخدمة التي تقدم جهود مشتركة، يمتلك القائمين عليها بها القدرة والمعرفة والمهارة التي تؤهلهم لمساعدة المرضى من الأفراد أو المتحسسين منهم على معاودة نشاطاتهم التي كانوا عليها قبل المرض .

(عبد الكريم قاسم أبو الخير، 2002 ، ص 21)

## 3-2 التكيف :

لغة :يعني كلمة التآلف و التقارب، فهي نقيض التخالف والتنافر أو التصادم.

(جمال أبو دلو، 2008 ، ص 77) ويعرف في معجم مصطلحات الطب النفسي بأنه " : هو القدرة على التعامل مع المتغيرات الداخلية والخارجية دون اضطراب، ويستخدم التعبير للدلالة على تكيف الحواس للمؤثرات أو التكيف للضغوط النفسية.

(لطفى الشريبي، دس، ص 3 )

أما عبد الله، 2001 فيعرفه بأنه " : مجموعة من الاستجابات وردود الأفعال التي يعدل بها الفرد سلوكه وتكوينه النفسي أو بيئته الخارجية لكي يحدث الانسجام المطلوب، بحيث يشبع حاجاته ويلبي متطلبات بيئته الاجتماعية والطبيعية.

(بطرس حافظ بطرس، 2008ص101)

## 4\_2 التوافق :

ويعرف في معجم مصطلحات الطب النفسي Adjustmen بأنه " : تحدث اضطرابات نتيجة للتعرض للمواقف الضاغطة في الحياة، وتظهر علامات الاضطراب خلال 3شهور من التعرض لهذه الضغوط في صورة اضطراب في الحياة الاجتماعية أو العملية أو الدراسية"

(لطفى الشريبي، دس، ص 3 )

ويعرف التوافق على أنه عملية ديناميكية كلية مستمرة يحاول بها الفرد عن طريق تغيير سلوكه تحقيق التوافق بينه وبين نفسه، وبين بيئته المحيطة به، بغية الوصول إلى حالة الاستقرار النفسي والبدني والتكيف الاجتماعي.

(صالح حسين الدايري، 2008 ، ص189)

## 3-أهمية التكفل النفسي:

— ضرورة إنسانية وأخلاقية ودينية .

— ضرورة اجتماعية تتمثل في صيانة الأسرة وحمايتها وتدعيمها والمحافظة على العلاقات الاجتماعية الإيجابية بين الناس وحماية المرضى وأولادهم من خطر التشرد والضياع .

-دواعي سياسية، تتمثل في ضرورة حفاظ المجتمع على الفكر الإيديولوجي المطلوب وتربية أبناء المجتمع على القيم والمبادئ والأفكار والنظريات الموالية للمجتمع، والتي تحفظ على المجتمع وحدته وتماسكه، وبالتالي تحميه من عوامل التمزق والتفكك الاجتماعي والنفسي . - ظروف العصر التي تتسم بالقلق والتوتر والصراع واحتدام شدة المنافسة بين أبناء المجتمع.

- ازدياد معدلات الفقر والغلاء الفاحش والبطالة والجريمة وتغير أنماطها وخاصة جرائم الأقارب والسطو المسلح والاعتصاب.

- العلاقة الوطيدة بين الإدمان والجريمة .

-ازدياد مشاكل الأسرة وتفاقمها، وضعف سلطانها ورقابتها وقدرتها في توجيه أبنائها مما يؤدي إلى الانحراف.

- أهمية العقل في ضبط سلوك الفرد وترشيده وتصويبه وتوجيهه .

(عبد الرحمان العيسوي، 1997، ص21)

#### 4-الأخصائي النفسي الإكلينيكي:

الأخصائي النفسي الإكلينيكي : هو ذلك الشخص المتخصص الذي يستخدم الأسس والتكتيكات والطرق والإجراءات السيكولوجية، ويتعاون مع غيره من الأخصائيين في الفريق الإكلينيكي مثل: الطبيب، الطبيب النفسي، الأخصائي الاجتماعي والمرضة النفسية -كل إمكاناته في حدود إعداده وتدريبه في تفاعل إيجابي بقصد فهم ديناميات شخصية العميلوتشخيص مشكلاته، والتنبؤ باحتمالات تطور حالته ومدى استجابته لمختلف أساليب العلاج، تم العمل على الوصول إلى أقصى درجة تمكنه من التوافق الشخصي والاجتماعي.

#### 4-1سمات الأخصائي النفسي الإكلينيكي :

لقد أصدرت لجنة التدريب الإكلينيكي في جمعية علم النفس الأمريكية السمات التالية للأخصائي الإكلينيكي.

- القدرة العلمية والأكاديمية الممتازة .

-الأصالة وسعة الحيلة.

-حب الاستطلاع .

-الاهتمام بالأشخاص كأفراد .

-لاستبصار.

- الحساسية لتعقيدات الدوافع

-التحمل والصبر والمثابرة.

- القدرة على تكوين علاقات طيبة مؤثرة مع الآخرين والمسؤولية.

- اللباقة والمرونة.

- القدرة على ضبط النفس.

-الإحساس بالقيم الأخلاقية والمثل العليا .

-الإطلاع الثقافي الواسع والاهتمام بعلم النفس عامة وعلم النفس العيادي خاصة). رأفت عسكر، 2008، ص 40)

#### 4-2 دور الأخصائي الإكلينيكي:

يشير شاركو Sharkow إلى أن هناك اتفاقاً نسبياً بين العلماء حول الدور الذي يقوم به الأخصائي النفسي الإكلينيكي والذي يجمع بين دوره بوصفه ممارسة للمهنة ويمكنه التركيز على الجانب التطبيقي العلمي الذي يمكن تلخيصه فيما يلي:

#### أ التشخيص Diagnosis :

وهي حالة عملية يستخدم فيها الأخصائي مختلف أدوات القياس وسائل الاختبارات المقننة الملائمة لأغراضه إلى جانب تطبيق الاختبارات الإسقاطية والملاحظات، والمقابلات الشخصية، ودراسة الحالة،... الخ. وفي هذه العملية يركز الاهتمام حول تحديد طبيعة المرض أو الاضطراب وذلك عن طريق دراسة أصوله ونشأته وخصائصه وتطوره والعوامل المسببة، إلى جانب التعرف على مصدر الاضطراب إن كان عضوياً أو وظيفياً، ومسار هذا الاضطراب مستقبلاً والمناهج العلاجية لهذا المريض.

#### ب/ العلاج: Therapy

لم تصبح هذه الوظيفة جزءاً من عمل الأخصائي النفسي الإكلينيكي إلا بعد الحرب العالمية الثانية. ويتضمن العلاج النفسي معالجة المرضى النفسيين والعقليين وجهاً لوجه لفترة من الزمن وتوجيه التوصيات للآباء أو المعلمين أو للمرضى أنفسهم مباشرة، والقيام بإحداث تغييرات في الظروف المحيطة بالأفراد المودعين في المؤسسات أو توجيهه بإحداث هذه التغييرات وبعبارة أخرى: تتضمن هذه الطرق أية أساليب أو توصيات لزيادة توافق الفرد ومن ثم يستخدم الأخصائي النفسي الإكلينيكي أنسب أساليب العلاج النفسي Psychotherapy مثل العلاج بالتحليل النفسي، العلاج النفسي الموجه، العلاج غير الموجه (الاستبصار)، العلاج السلوكي، العلاج باللعب، العمل بالسيكودراما،... ويتم العلاج فردياً أو جماعياً، ويتوقف استخدام الأخصائي لأساليب العلاج على مناهج إعداده وتدريبه العلمي وحسب المناهج النظرية وخبرات عملية داخل العمل، وتدرج إلى فترات التدريب المتعمق داخل المؤسسة، والمدارس والسجون، وعيادات التوجيه والإرشاد النفسي، ومعاهد المكفوفين، ال صم، ومستشفى الأمراض النفسية والعقلية تحت إشراف هيئة من الأكاديميين والمهنيين المدربين.

#### ج\_ الاستشارة وتقديم النصح : ويفرق العلماء بين نوعين من الاستشارة

1. الاستشارة الإكلينيكية التي يكون هدفها إعطاء النصح وتقديم المشورة وقد تشمل هذه الوظيفة أن يكون الأخصائي نفسه بإجراء عمليات التشخيص والعلاج أو يقتصر على إعطاء النصح للعاملين الآخرين الأقل تدريباً إكلينيكياً بخصوص المناهج التي تصلح للمريض وأساليب معالجة المشاكل الطارئة في حياة المريض.

2. الاستشارة التي تتم بهدف إنشاء البرامج الإكلينيكية، العاملة وتقييمها في هذه الحالة لا تكون وظيفة الأخصائي النفسي محصورة في الحالات الفردية فقد يطلب مدير المستشفى مثلاً مشورته فيما يخص تقديره للمناهج الملائمة لإدارة العناصر العلاجية وتدريب المرضى والعاملين على ضبط سلوك المرضى أو مدير مدرسة كذلك فيما يخص تقييم الأساليب الدراسية ويضاف إلى الدور الاستشاري أيضاً قيام الأخصائي الإكلينيكي بدور الموجه الطبي في المجتمع، ويتجسد هذا الدور في ضرورة تناوله لمجموعة من المشكلات الصحية ذات الصلة بالسيكولوجية كالأزمات التناسلية، التخلف العقلي، وعليه أن يبتكر الأساليب الملائمة للرعاية التي تقتضي الإقامة داخل المؤسسات كالاضطرابات العقلية وعليه أن يعلم المجتمع كيف يتعاملون معه ويتكفلون به ويفهمونه.

## د- العمل الوقائي:

أكدت مجموعة العمل الخاصة بمنظمة الصحة العالمية بأن الأخصائي النفسي الإكلينيكي يمكن أن يكون له دور فعال في العمل الوقائي من الاضطرابات النفسية والعقلية وذلك على النحو التالي.

\*1\* في المستوى الأول : حيث يكون عليه عبء القيام بمهمة صعبة هي تحسين نوعية الحياة بتعديل الظروف في المؤسسات الاجتماعية بالطريقة التي تصبح معها الإصابة النفسية والاجتماعية أقل ما يكون .

\*2\* الوقاية من الدرجة الثانية : حيث تشمل مهمة الأخصائي النفسي الإكلينيكي اكتشاف المجموعات البشرية المعروفة للمرض النفسي والبحث عن الأسر والأفراد المحتاجين إلى العون وهذه المهمة ينبغي أن ينهض بها الأخصائي نحوهم قبل أن تؤدي بهم الضغوط التي يتعرضون لها إلى مرض خطير

## 3-4 مجالات عمل الأخصائي النفسي الإكلينيكي:

لا يقتصر العمل الإكلينيكي على مساعدة المرضى داخل العيادات والمستشفيات فقط، إنما يمتد بالتشخيص والعلاج والتوابعه والإرشاد إلى المؤسسات التربوية والمهنية لى ميادين العمل وميادين الخدمات الاجتماعية وهناك اتجاه جديد في الوقت والإصلاحية وا الحافز هو أن تنتقل مجالات الطب النفسي والممارسة الإكلينيكية من المستشفى على المجتمع ويمكن تحديد مجالات العمل الإكلينيكي في الآتي :-

-العمل في مجالات التوجيه النفسي والتربوي والمعني في المدارس والجامعات: وذلك بتطبيق الاختبارات النفسية للذكاء والقدرات والتحصيل والميولات،... الخ مما دفع الأخصائي للاهتمام بتسوية الأفراد للاختيار المناسب : دراسيا أو مهنيا بما يلاءم إمكانياتهم وقدراتهم على ضوء ما تكشف عنه نتائج الاختبارات والمقاييس، فالأخصائي الإكلينيكي يقوم بعملية التشخيص والتوجيه أو الإرشاد .

-العمل في مجالات العمل والعمال، ودوره هنا القيام بشؤون التوجيه والإرشاد للعمال والموظفين من أجل صحة نفسية أفضل و طاقة أكبر على العمل والإنتاج وقد يقوم بإعداد برامج ترفيهية ومكافآت مادية معنوية للعمل .

-العمل في المؤسسات الإصلاحية كالسجون ومؤسسات الأحداث الجانحين ومؤسسات علاج الإدمان على الكحول والخمور، ويقوم الأخصائي الإكلينيكي بكتابة التقارير الخاصة بتلك الحالات (دوافعهم، فهم مشكلاتهم، أنواع الصراعات التي يعانون منها) مع تقديم الاقتراحات والتوصيات التي تساعد في توجيه هذه الفئات الجانية والعمل على توافيقهم الشخصي والاجتماعي.

## -العمل في مراكز البحوث:

فعمله في جمع الحالات تنحصر في تشخيص اضطرابات الأفراد النفسية والعقلية وبوضع خطة علاجية، فعمل الأخصائي النفسي الإكلينيكي لم يعد يقتصر على المشكلات العقلية والنفسية، ولكن امتد ليشمل أي ميدان يوجد فيه اهتمام بإمكانيات و المزيد من الصحة والفاعلية والإنتاج بشريه من أجل دفعها إلى الأمام.(.حسين مصطفى عبد المعطي، 1998 ص 108.)

## 4-5 دور الاخصائي النفساني في التكفل بالمسن في المركز:

- رفع القيمة خلال إعطاء المسن الفرصة في تقديم إقتراحات , التحدث , الحوار, النقاش .
- تشجيع المسن للإلتقاء بأشخاص متواجدين بالمركز عن طريق الاحتكاك بهم وذلك لتجاوز مرحلة العزلة .
- توفير الراحة للمسن .

-تشجيع ممارسة بعض النشاطات الجسدية و الرياضية مع مراعاة النقص الحركي للمسنين ولكن تحت إشراف طبي وذلك لرفع من لياقة و قدرة المسن لكن دون الضغط عليه .

(مصطفى محمد الفقي , 2008-80).

#### 5-العلاج النفسي وبعض أشكال :

ينشأ العلاج النفسي في كشف الأمراض النفسية والعقلية لإحداث التغييرات المطلوبة في نفس المريض بواسطة وسائل نفسية، وهي متعددة ومتنوعة ويتم تطبيقها حسب كل حالة، ولمعرفة المزيد عن العلاج النفسي من حيث التفريق والأهداف وخطواته وأشكاله خصصنا له في هذه الدراسة عنصرا سوف نتطرق فيه إلى ما يلي :

#### 5-1-تعريف العلاج النفسي:

5-1-1 لغة : إن كلمة العلاج النفسي في اللغة الانجليزية مكونة من مقطعين إغريقيين Psycho-therapyحيث يعني المقطع الأول: Psychoنفس، أما الثاني therapyفيعني "خادم" وفي فعله "يخدم" ، فالعلاج النفسي يشير في أصله اللغوي إلى عملية يقوم فيها شخص بدور المساعد لشخص آخر وبعبارة أخرى يعني "علاج العقل".

(لويس كامل مليكة، 2009 ص11).

في هذا الصدد يمكن الإشارة إلى أن العلاج therapy عبارة عن مصطلح طبي بالأساس ويقصد من وراءه مجموعة من الإجراءات ضمن إطار طبي (استخدام العقاقير، الجراحات) أما مبدأ العلاج النفسي Psychotherapy فيقوم على قوانين عامة للنمو الإنساني والدعم الاجتماعي وبناء العلاقات بين إنسانية.

(ترجمة سامر جميل رضوان، 2010 ، ص 19)

#### 5-2-2 اصطلاحا :

فالعلاج النفسي كمصطلح سيكولوجي ركز على الطرق التي يتحقق فيها تأثير سيكولوجي على الشخص الذي يخضع للعلاج، فهو لا يدرج التأثيرات الفسيولوجية كما يحدث في استخدام العقاقير المهدئة أو المضادة للاكتئاب مثلا، بينما يعتبر القرص placeboخداعي طريقة من طرق العلاج النفسي.

( لويس كامل مليكة، 2009 ، ص 11 )

وكما عرفه فريدمان "1967": نوع من العلاجات للأمراض العقلية والاضطرابات السلوكية التي ينشئ فيها المعالج عقدا مهنيا مع المريض. ومن خلال اتصال علاجي محدد، يحاول المعالج أن يخفف من اضطرابات المريض الانفعالية وتغيير أنماط السلوكية بيئة التوافق وتنمية شخصيته وتطويرها". (محمد حسن غانم، 2009 ، ص587)

#### 5-2-2-أهداف العلاج النفسي :

ان معظم إجراءات العلاج النفسي العلمي للمرضى المضطربين جدا تتم في المستشفيات. أما الغالبية الكبرى من المرضى الذين يعانون من العصاب النفسي كالهستيريا والحصر والوسواس والفوبيات وكذلك مدمني الخمر والمجرمين تتم رعايتهم خارج جدران المستشفيات وبصورة عامة يسعى العلاج النفسي إلى نمو الشخصية وسيرها نحو النضج والكفاءة وتحقيق الذات غالبا عن طريق المرور بالعمليات الآتية:

-زيادة وعي الفرد واستبصاره وفهمه.

- حل أو تصفية الصراعات التي تسبب عجزه .

-تقوية عامة للذات الوسطى وبنائها عن طريق الملائمة والتصوير بالأمان .

-توفير أساليب أكثر كفاءة للتعامل مع المشاكل.

-زيادة قبول الفرد لذاته.

-زيادة القدرة على حل الصراع النفسي والتغلب على الإحباط والتوتر وتقليله.

-تعزيز وتدعيم نواحي القوة والتصرف على القدرات وتنميتها .

-زيادة تقبل وتحمل المسؤولية الشخصية.( حامد زهران ، 1997 ، ص 31 )

-إزالة أسباب المرض وعلاج أعراضه .

-تعديل السلوك غير السوي واللا توافقي للمريض وتعلم السلوك السوي والتوافقي وتحويل الخبرات المؤلمة إلى خبرات معلمة

-إعطاء الفرصة للمريض أن يتعلم أساليب متنوعة من السلوك المتوافق .

-تدعيم نواحي القوة وتلافي نواحي الضعف في الشخصية.

-تهيئة المناخ المشبع بالأمن النفسي وإزالة القلق والتخلص من السلوك المرضي

- العمل على إتمام الشفاء.( إجلال محمد سري ، 2000 ، ص 85 )

### 3-5 خطوات العلاج النفسي :

#### 1-3-5 خلق جو وعلاقة علاجيين :

ويتضمن هذا إعداد حجرة العلاج أو مكتب الطبيب بحيث يكون هادئا ومناسبا لإجراء المقابلة أو المناقشة . وينبغي أن يعتنق المعالج اتجاهها وديا فيه قبول وتسامح للمريض وآراءه، من شأن هذا أن ينمي الشعور بالثقة في المريض، وبذلك يشعر بالأمان أمام الإفصاح عن مشاكله الحقيقية وعلى المعالج أن يخطط أو يبين الموقف العلاجي بمعنى أن يحدد الوقت والتكاليف والمسؤوليات وما إلى ذلك . وعلى العموم يجلس الطبيب والمريض وجها لوجه ويدير المعالج المناقشة أو المقابلة . وفي بعض الأحيان يجلس المريض إلى جانب الطبيب وليس في مواجهته، وقد يجلس المريض بعيدا عن الطبيب.

#### 2-3-5 الارتياح الانفعالي أو التنفيس الانفعالي :

في الجو التسامحي يستطيع أن يستدعي المريض مشاكله، ويعبر عن عداوته ومخاوفه وذنوبه وغير ذلك من الانفعالات . وعندما يتحدث عن هذه الانفعالات التي لم يكن يدركها كليا من قبل فإنها تطفو على السطح (من خلال عملية الإفصاح out talking هذا التصريف أو التنفيس أو الفضفضة، وكذلك التعبير اللفظي أساسي في فاعليات العلاج النفسي، ويمهد الطريق نحو الاستبصار، والإجراءات الإيجابية لكل مشاكل المريض، وما لم يخرج المريض هذه الانفعالات من فوق صدره فإن التوتر والصراع المرتبط به يسدان الطريق نحو تحقيق التكيف السليم. طلاق صراح وللمساعدة في عملية الكشف عن الصراعات الانفعالية وا التوترات هناك عدة أساليب تستخدم منها الأسئلة والتفسير والتداعي الحر والتنويم المغناطيسي... الخ .

### 5-3-3 الاستبصار

عملية ما إن تصبح صراعات المريض الانفعالية مكشوفة في العلن ويستطيع أن يراها كما هي بالفعل فإنه تلقائيا يكشف قدرا كبيرا من الفهم في دوافعه وسلوكه، فلأول وهلة يدرك منها أن مستوى طموحه عال علوا غير منطقي وأن هذا يجعله يتسم دائما بعدم المواءمة وبالنقص. هذا الفهم أو الاستبصار ربما يصاحبه تفسيرات من قبل المعالج وتقديم لبعض الأسس الصالحة للعمل الفعلي.

إنه فقط عن طريق فهم المريض لذاته ولشاكله يستطيع أن يحسن من أساليبه في التكيف

### 5-3-4 إعادة التعلم الانفعالي :

من العمليات التي تساعد في شفاء المريض إعادة تعليمه انفعاليا. وتقتضي هذه العملية إزالة تلك العادات الانفعالية الخاطئة التي تعلمها المريض، وتعليمه عادات أخرى إيجابية، واعتناق أساليب وتقنيات جديدة للتعامل مع مشاكله، ولكن إعادة التعلم عملية طويلة وشاقة وبطيئة، وقد تبدأ بتعلم عادات بسيطة كتعلم الفرد التعبير عن عداوته أو عدوانه بأسلوب مقبول اجتماعيا وذلك أفضل من حبس العدوان في الداخل، لأن الضغط يولد الانفجار ومن شأن هذا التعلم الجديد إلى مزيد من الشعور بالثقة بالنفس.

### 5-3-5 توقف العلاج :

عندما يحل المريض صراعاته ويحقق مزيدا من التكيف الشخصي الفعال عندئذ يصبح على العلاج النفسي أن يتوقف ويصبح هذا التوقف سهلا إذا كان المريض يشعر بالثقة بنفسه، وأنه يستطيع أن يسير بمفرده، ولكن المهم أن يترك الباب مفتوحا للمريض لكي يعود للمعالج حين يشاء . وهكذا نرى أن عملة العلاج مهما اختلفت اتجاهاتها تتضمن خلق موقف علاجي، اطلاقها واستبصار المواد غير المكتشفة في ا تاحة الفرصة لإخراج الطاقات الانفعالية وا وا لاشعور الفرد، واتخاذ خطوات إيجابية للإصلاح الانفعالي لكسر العادات القديمة ووضع محلها أنماط إيجابية من الاستجابات . ويمكن أن يحدث هذا التفرغ أو التصريف الانفعالي وكذلك الخبرات التصحيحية أو التعليمية خلال المقابلات أو على الأريكة بين المحلل والمريض أو بمساعدة التنويم المغناطيسي وقد يحضر المريض جلسة واحدة مدتها ساعة في اليوم لمدة خمسة أيام في الأسبوع كما يحدث في التحليل النفسي أو يحضر مرة واحدة كما هو الحال في العلاج الكهربائي وفي بعض الحالات يكون الشفاء صعبا ولذلك يتم ببطء شديد ويحتاج لجهد جهيد، ولذلك يمر بخطوات صغيرة، وفي حالات أخرى يتم التقدم نحو الشفاء بسرعة معقولة.(عبد الرحمان محمد العيسوي، 2005 ،ص22)

### 4-5 أشكال العلاج النفسي :

## 1-4-5 العلاج الجماعي:

يعرف فيموسوعة علم النفس والتحليل النفسي بأنه شكل من أشكال العلاج النفسي يقوم على علاج المريض داخل جماعة يختلف حول عدد أفرادها باختلاف المدرسة التي يتبعها المعالج والهدف من العلاج. لكنه في كل الأحوال يستحيل أن يقل عن اثنين.

تعريف شيلدون كاتسرا 1984 يتضمن العلاج الجماعي " مجموعة من الأفراد يتراوح ما بين ستة أشخاص وثمانية يتجمعون مرة أو مرتين كل أسبوع في العادة لمدة تبلغ الساعة ونصف الساعة. والجماعة التي تتألف في العادة من الغرباء تلتقي بانتظام لمدة تتراوح ما بين ستة أشهر في السنة، ويمكن أن تتكون الجماعة من مجموعة فيها نسبة من المرضى (كجماعة من الفصامين أو المكتئبين) ويمكن أن تكون مجموعة غير متجانسة، وأن الدور الأكبر في التغيير يقع على عاتق الجماعة العلاجية وأن دور المعالج النفسي هو التسيير ". (محمد حسن غانم، دس، ص 45)

## 1-1-4-5 خطوات العلاج الجماعي:

## أ\_ المرحلة الأولى :

وتتضمن القلق والدفاعية وتأرجح المشاعر اتجاه المعالج\* . ظهور روح الجماعة\* . نمو الثقة وتبادل الخبرات\* . وضوح أنماط الأفراد .

## ب\_ المرحلة الثانية:

وتتضمن تفاعل كل فرد بإيجابية ومشاركة ورؤية نفسه في الآخرين واعترافه بالمشاعر المكبوتة .

\* ظهور التنافس في الكشف عن المخاوف والقلق والصراعات .

\* احتمال ظهور عمليات مضادة للعلاج مثل الاعتماد على الدفاعات.

## ج\_ المرحلة الثالثة :

الاستفادة من خبرات الآخرين وتطبيقها على حالة الفرد\* . احتمال حاجة بعض الأفراد إلى علاج فردي مكمل.

## 1-1-4-5 أساليب العلاج النفسي الجماعية:

تتعدد أساليب العلاج النفسي الجماعي ومنها:

## - أ- السيكودراما. Psychodrama :

التمثيل النفسي المسرحي هو عبارة عن تصوير مثلي مسرحي لمشكلات نفسية في شكل تعبير حر في موقف جماعي يتيح فرصة التنفيس الانفعالي التلقائي والاستبصار الذاتي ورائد هذا الأسلوب هو يعقوب مورينو Moreno الذي يرى أن أهم ما في التمثيل النفسي المسرحي هو حرية السلوك لدى الممثلين (المرضى) وتلقائيتهم حين يعبرون عن حباطاتهم مما يؤدي في النهاية إلى تحقيق التوافق والتفاعل اتجاهاتهم ودوافعهم وصراعاتهم والاجتماعي السليم والتعلم من الخبرة الجماعية . وفي هذا النوع من العلاج يترك للمرضى الحرية في اختيار التمثيلية النفسية، ويكون تلقائياً حسب الموقف، وقد يساعد المعالج في التأليف، أما الحوار فيترك لتلقائية وابتكار المرضى أثناء التمثيل. (إجلال محمد سري، 2000، ص 134-137)

## 1-خطوات إجراء العلاج بالسيكودراما:

يتم العلاج بالسيكودراما بإتباع الخطوات التالية:

- تقديم أعضاء الجماعة لبعضهم البعض لتكوين الألفة بينهم .

- عرض كل فرد من المجموعة مشكلته أمام الجميع.

- ترتيب المشاكل المطروحة حسب الأساس الذي ستناقش عليه.

- يتم تحديد أول مشكلة واعطاء أمثلة عنها . - اختيار أحد هذه الأمثلة المعبرة عن المشكلة الأولى ومحاولة عرضه على المسرح بعد اعطاء كل فرد حولها مع تشجيع المعالج لعملية تحديد الأفراد اللازمين للمشاركة والنقاش.

- يمكن إعطاء الأدوار لأشخاص آخرين يعيدون تمثيل المشكلة بطريقة أخرى .

## 2-دور المعالج أثناء تمثيل الأدوار:

يتمثل دور المعالج فيما يلي :

-لفت نظر الجماعة إلى مفاتيح لحلول معينة في لعب الأدوار كمشاهدة الحركات التعبيرية.

-يمكن لأي ممثل أو عضو أن يوقف التمثيل وذلك برفع إصبعه فيوقف المعالج العرض ويسمح له بالحديث، وذلك لإتاحة الفرصة أمام الممثلين للتعبير عن مشاعرهم عما يقومون به، ولإمكان اشتراك المشاهدين .

-بعد انتهاء التمثيل يعبر كل ممثل عما شعر به، وفكر فيه أثناء التمثيل، كذلك تعبر الجماعة عن ردود الفعل عندها . قد تظهر خلافات بين أعضاء الجماعة والأدوار وطرق حل المشكلات، فيسمح لكل فريق بالتعبير التمثيلي عن وجهة نظره وعن أدواره، فتناقش الجماعة الدورين إذ قد ينتج عن ذلك ظهور أدوار جديدة، وقد يتم تعديل فريق أو رأي كلا الفريقين.

( عبد الرحمان محمد العيسوي ، 2005 ، ص 240 )

## ب - /- التمثيل الاجتماعي المسرحي (السوسيودراما): Sociodrama

يعتبر التمثيل الاجتماعي المسرحي نموذج مماثل للتمثيل النفسي المسرحي، ويطلق عليه أحيانا (لعب الأدوار)، ويتناول المشكلات الاجتماعية والمجتمعية . ومن أشهر أساليب التمثيل المسرحي النفسي المسرحي والعلاج النفسي المسرحي أسلوب قلب الأدوار، حيث يقوم أحد المرضى بدور المعلم مثلا ومعه مريض آخر يقوم بدور قلب الأدوار .

- أي يقوم المعلم بدور التلميذ والعكس .

- للتعرف على درجة التصلب والمرونة، وذلك بجانب التعرف على واقع السلوك الانفعالي، ومشكلات المريض التي يمكن أن يعيشها في الأدوار، واستجاباته التلقائية.

ج - /- المحاضرات والمناقشات الجماعية:

ومن رواده ماكسويل جوتزن، حيث يلعب في هذا النوع من العلاج أسلوب التعلم اعادة التعلم دورا رئيسا يعتمد فيه على إلقاء محاضرات سهلة على المرضى تليها مناقشات، وا ومن أهدافها تغيير اتجاه لدى المرضى. حيث يشترط غالبا أن يكون أعضاء الجماعة العلاجية عادة متجانسين من حيث المشكلات أو الاضطرابات وقد تتناول هذه المحاضرات والمناقشات مواضيع الصحة النفسية والمرض العقلي، الأسباب، الأعراض، مشكلات التوافق النفسي، وقد تتضمن مناقشة " حالة افتراضية " يطرحها المعالج أو مناقشة بعض الأفكار الخرافية والمعتقدات الخاطئة . أما المحاضرون فهم: المعالج، الأخصائيون النفسانيون، الاجتماعيون، علماء الدين أو بعض المرضى السابقين والذين استفادوا من هذا الأسلوب العلاجي، وفيما يخص الوسائل المستخدمة فقد تتضمن: الأفلام، الكتيبات والمنشورات، شرائط فيديو، وفي بعض الأحيان يتم المزاجية بين المناقشات والمحاضرات والترفيه والنشاط الفني التلقائي حتى لا تأخذ العملية شكلا أكاديميا . كما أن أسلوب المحاضرات والمناقشات الجماعية العلاجية على نطاق واسع في الوقاية وخاصة في المدارس والمؤسسات .

#### د- العلاج الأسري:

العلاج الأسري أسلوب من أساليب العلاج النفسي الجماعي، يتناول أعضاء الأسرة كجماعة وليس كأفراد، وهذا العلاج يعمل على كشف المشكلات والاضطرابات الناتجة عن التفاعل بين أعضاء الأسرة كمنسق اجتماعي، ومحاولة التغلب على هذه المشكلات عن طريق مساعدة أعضاء الأسرة كمجموعة على تغيير أنماط التفاعل المرضية داخل الأسرة.

(إجلال محمد سري، 2000، ص137-139)

#### 2-4-5 العلاج الفردي :

يحتوي العلاج النفسي الفردي على جلسات نفسية بصفة منتظمة بين المريض والمعالج النفسي (الطبيب النفسي أو الأخصائي النفسي أو الأخصائي الاجتماعي)، ويرتكز الحديث يظهر الأحاسيس والأفكار والعلاقات أثناء الجلسات على المشاكل الحديثة أو الماضية المختلفة التي تدور حول المريض، وبمشاركة هذه الأحاسيس مع المعالج..

#### 1-2-4-5 العلاج السلوكي :

العلاج السلوكي قديم قدم محاولات تعديل وتغيير وضبط السلوك عن طريق الثواب والعقاب، وبصورة أخرى فالعلاج السلوكي هو تطبيق علمي لقوانين ومبادئ وقواعد التعلم في ميدان العلاج النفسي.

( عبد الكريم قاسم أبو الخير، 2004)

كما يرى السلوكيون أن السلوك يمكن تشكيله واكتسابه للأفراد وينظرون إليه مباشرة دون البحث في الأسباب التي أدت إلى حدوثه ويتعاملون معه وفقا لأهم قاعدة تعديل السلوك التي نادى بها العالم نريسيك ( السلوك المحكوم بنتائجه).

( جمال متقال، القاسم وآخرون، 2000، ص179 )

#### أ- حالات استخدام العلاج السلوكي :

ثبتت فعالية العلاج السلوكي في علاج بعض الاضطرابات وعلى وجه الخصوص علاج الفوبيا، القلق، اللوازم القهرية والتبول اللاإرادي، الإدمان على المخدرات، والخمور، الاضطرابات العقلية، التدخين، الشذوذ الجنسي، وعليه فنجاح العلاج السلوكي يتحقق بما يلي:

\* قدرة المعالج السلوكي على الضبط والتحكم في وضع خطة العلاج .

\* اعتماد المعالج على تطبيق بعض المبادئ التجريبية الثابتة . بإمكان المعالج التحكم في كثافة وقوة المثيرات المقدمة للمريض.

( زينب شقير ، 2002 ، ص201 )

ب إجراءات العلاج السلوكي: تسير العملية العلاجية من وجهة نظر سلوكية على النحو التالي:

1-تحديد السلوك المشكل والمطلوب تعديله وتعريفه إجرائيا .

2-تحديد الظروف التي حدث فيها السلوك المضطرب .

3-استمارة التقييم الوظيفي للسلوك للتعرف على ضوابط السلوك المشكل.( عطا الله الخالدي، 2008 ، ص 94 )

4-تحديد العوامل المسؤولة عن استمرار السلوك المضطرب.

5-إعداد جدول لإعادة التدريب .

6-تعديل الظروف السابقة للسلوك المضطرب.( سامي محمد ملحم، 2001 ، ص438 )

2-2-4-5 العلاج المعرفي :

إن العلاج المعرفي هو العلاج الذي يعتمد فيه على تصحيح الأفكار الخاطئة عند المريض بأسلوب المريض ذاته الذي اعتاد من خلاله حل مشاكله، إذ يعتمد المعالج على العمليات العقلية للمريض كالتخيل والتذكر والانتباه، بالنسبة للدوافع والانفعالات السلوكية. بحيث يعتمد على المفاهيم الموجودة لدى المرضى كما هي مشوهة وخاطئة، بحيث يتم إعادة بنائها و تشكيلها بمدركات تغير سلوكه بكل بساطة عن طريق صياغة أكثر واقعية للخبرات بواسطة تقنيات معرفية أخرى.

( محمد حسين الحجار، 1998 ، ص 32 )

كما يعرف العلاج المعرفي على أنه حزمة علاجية مشتقة من النظرية المعرفية، تهدف إلى تحديد، ومحاربة الأفكار الذاتية السلبية، للعمل على تنمية أفكار بديلة أكثر دقة وأكثر تكيفا، وتشجيع الاستجابات المعرفية والسلوكية المعتمدة على تلك الأفكار التكيفية .

( زيزي السيد إبراهيم، 2005 ، ص164 )

بالإضافة إلى أن العلاج المعرفي يركز على مبدأ أساسي مفاده أن سبب هموم الفرد وقلقه والكثير من معاناته هو طريقة نظرتة للأشياء والأحداث، فالسلوك غير السوي ينتج إما عن أفكار سيئة في الذات أو عن الواقع أو عن المستقبل.

\*1\* أسس العلاج المعرفي:-

- مصدر الصعوبات النفسية للفرد هو أسلوب تفكيره وإدراكه للأحداث.
  - إمكانية تعلم كيفية تغيير هذا الأسلوب من التفكير .
  - التأثيرات الإيجابية لتغيير الأفكار على الانفعالات والسلوكيات المرتبطة بها.
  - إن أخطاء التفكير ناتجة عن خبرات مقدمات خاطئة.
  - تبعاً للمواقف يكون سلوك الأفراد واستجاباتهم مع مراعاة الفروق الفردية .
  - للوصول لعلاج الفرد المتمثل في مضمونه الخاطئ للواقع نتبع نفس أسلوب علاج الفرد لمشاكله في حياته اليومية.
- ( محمد حمدي الحجاز، 1998 ، ص 33 )

### \*2\* أهداف العلاج المعرفي :

يرتكز العلاج المعرفي مثله مثل العلاجات النفسية الأخرى على تحقيق الغايات التالية :

- التعبير المعرفي : ومفاده حمل الأفراد على مقارنة مختلفة للأشياء، من خلال الكثير من الهدوء والوضوح، واتخاذ مسافة معينة تجاه الحدث .
- تغيير نظرة الفرد إلى العالم وتمثله حوله، سيسمحان له بالوصول إلى التحكم أكثر في ذاتيته وأفكاره الآلية.
- تعلم كيف قبول العالم كما هو، وليس كما يجب أن يكون، وأن يتخلى الفرد عن النظرة المثالية المرضية للذات والواقع والمستقبل.
- تعلم كيف يقدم الفرد نفسه للآخرين كما هو وليس كما يريد أن يكون، وتقبل الآخر كما هو وليس كما يريد أن يكون .
- تعليم الفرد كيف يضع عقله وذكاءه في وجه هفوات انفعالاته وذاتيته الناتجة عن أفكاره المشوهة وأسلوب تفكيره غير المتلائم مع الواقع.( اسماعيل علوي، 2011 ، ص 60 )

### 3-2-4-5 العلاج المعرفي السلوكي :

يعتبر أرنولد لازاروس (Lazarus Arnold) واحد من المعالجين الأوائل الذين أحدثوا التكامل بين التقنيات السلوكية والمعرفية في العلاج وهو يفترض أن الاضطراب يظهر عند المريض بسبعة مستويات مختلفة اصطلح عليها BASICID حيث يمثل السلوك ، A العاطفة ، S الإحساس ، I التخيل ، C الفكر العلاقات الشخصية و D الأدوية، ويعرف هذا النوع من العلاج بالنموذج المتعدد (Model Multi) الذي يؤكد مرونة تفكير العيادي وسعة أفقه والاهتمام العميق بالتخفيف من معاناة العميل بأسرع وقت ممكن دون التعصب لوجهة نظر معينة. فهو يقوم على الجمع بين العلاج السلوكي والمعرفي والصيدلاني في آن واحد، ويؤكد لازاروس أن عمل المعالج الذي يستخدم هذا النوع من العلاج يتركز على تعيين المستويات المختلفة من الاضطراب واختيار التقنيات الملائمة لكل مستوى من هذه المستويات وتطور هذا النوع من العلاج تطورت أسسه وقواعده التي تساعد على فهم واكتشاف أسس الأفكار التي تقود العميل إلى المشاعر والسلوك وبعض الاستجابات الفيزيولوجية الشاذة والتي رمز لها في هذه الآونة إلى أ، ب، ج، حيث يعني ( أ ) الحدث المثير، (ب) المعتقد، (ج) النتائج . وعلى سبيل المثال انفعال ما يؤدي إلى الخوف، أو سلوك الهروب أو استجابة فسيولوجية ( الخفقان)، حيث نقوم في هذا النوع من العلاج

بتغيير الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية ويتم إعادة تشكيلها إلى صورة أكثر توافقاً، وهذه المعتقدات الجديدة تدعم الانفعالات المحيطة والسلوك الشاذ .

في العلاج السلوكي المعرفي: من خلال التعزيز الإيجابي لسلوكات جديدة متعلمة تكيفية و تكرار نشاطات للمريض من خلال تفاعلاته الاجتماعية من خلال التوجيه و تدريب المبداني فهو يقوم على إعادة التركيب للبنية المعرفية تقوم على تدريب المريض على كيفية التبديل تأويلاته للحوادث الخارجية و تعلم الاسترخاء في وجه هذه الحوادث .

( بيرني كوروين وآخرون، ترجمة محمود عيد مصطفى، 2008، ص 29)

#### 4-2-4-5 العلاج بالعمل :

هو توجيه طاقة المريض إلى عمل حتى ينصرف عن الانشغال بمشكلاته الخاصة بحيث يشعر أثناء قيامه بالعمل بأهميته، ويزداد شعوره بالطمأنينة والثقة بالنفس، وتخفيف شحناته الانفعالية.

#### أهداف العلاج بالعمل:

يهدف العلاج بالعمل إلى تحقيق ما يلي:

-تحويل طاقة المريض في عمل مشوق.

-التخلص من التركيز على الانفعالات النفسية التي تسبب الاضطراب.

-المساعدة على التعبير عن المشاعر.

-الحد من الميولات اللاإجتماعية.

- شغل وقت المريض، وإثبات قدرته على الإنتاج.

- المساعدة في عملية التشخيص والعلاج والتأهيل .

#### 6- طرق التكفل النفسي :

التكفل النفسي بمختلف الأمراض التي تصيب المسنين يستطيع الاخصائي النفسي ان يلعب دورا مهما في علاج المرضى من خلال التخفيف الشعور باليأس و الضيق و الشك و لكل مرض طريقة للتكفل النفسي نذكر بعض الأمراض منها :

6-1 التكفل النفسي بمرض الإكتئاب : حيث يظهر ردود الافعال عدم التكيف فهو يعبر عن معاش او حالة نفسية صعبة و

يتم التكفل عن طريق العلاج النفسي و العلاج السلوكي

في العلاج النفسي يعالج المريض بجلسات منظمة تعتمد على الحديث و فتح المجال للمريض بالتعبير عما يجول بخاطرهما و ان يتكلم بصراحة .

6-2 -التكفل النفسي بالقلق و المخاوف المرضية : يكون عن طريق الاسترخاء و هي طريقة علاجية تركز على التوافق الكلي

للإنقباض و التقلص العضلي المصاحب للتوتر حيث تكون عملية الاسترخاء في مكان هاديء و مريح تقوم كل عضلات الجسم بالإرتخاء . ( عبد الرحمن العيسوي , 1999، ص 147).

3-6 التكفل النفسي للمسن في المحيط الاسري : يحتاج المسن إلى الرعاية عن طريق الاسرة وذلك :

الحاجة لتجاوز الذات .

الحاجة لتقييم الذات وذلك الاسرة تحسسه بقيمته التي لاتزال .

الحاجة للانتماء للمجموعة اي العائلة .

الحاجة للامان مع الاسرة .

تقديم له الراحة والاكل واللباس .

4-6 - طرق التكفل النفسي داخل الاسرة :

مساعدة المسن على تقبل ذاته بان يسلم بالتغيير الذي طرأ على قدراته الجسدية والنفسية .

العطف على المسنين وذلك من خلال الاهتمام به وتلبية حاجاته ورغباته لان يشعر بالراحة والتقدير .

5-6 -التكفل النفسي بالمسن داخل مركز العجزة :

نشاطات داخل المركز : وذلك لتخفيف متاعب الحياة اليومية خاصة داخل المركز بالقيام بنشاطات و التسلية .

الحاجة إلى الراحة : حيث عامل الراحة يمثل عنصر مهما بالنسبة للمسن نظرا للتدهور والضعف الذي يلحق به .

الادماج من خلال النشاط : ذلك من خلال رفع القيمة للمسن وإدماجه في الجماعة ذلك شيء ضروري .

الابتعاد التام عن العزلة : تتواجد العزلة والانطواء لدى المسنين كثيرا خاصة عند المصابين بالإكتئاب والوسواس القهري .

الاستماع : هي مهمة بالنسبة للمسن بحيث يحب الحوار للتعبير عن حالته في الوضع الراهن .

خلاصة :

من هذا الفصل نرى ان الاخصائي النفساني له دور مهم بالتكفل النفسي للمسنين وذلك عن طريق الحوار والإستماع والإختبارات النفسية و العلاجات النفسية التي يقوم بها من اجل تحسين حالة المسن وإخراجه من الوحدة والعزلة التي يعاني منها , كما في هذا الفصل تعرفنا على طرق التكفل النفسي من خلال تبين كيفية التكفل ببعض الامراض التي تصيب المسنين, وكيف يتم التكفل النفسي للمسن في الاسرة من طرف العائلة وفي المركز من طرف الاخصائي النفساني.

تمهيد:

كل البحوث العلمية تعتمد على منهجية يراد من خلفها الوصول الى نتائج علمية دقيقة ولهذا خصصنا هذا الجانب للتوضيح المنهجية التي اتبعناها في بحثنا من اجل احاطة اكثر بالموضوع والتحقق من الفرضيات المطروحة .

اولا : الدراسة الاستطلاعية :

تعتبر الدراسة الاستطلاعية مرحلة مهمة في البحث العلمي نظرا لازتباطها بالميدان ، من خلالها نتأكد من وجود عينة الدراسة .

فالدراسة الاستطلاعية هي دراسة استكشافية تسمح للباحث بالحصول على المعلومات الاولية حول موضوع بحثه ، كما تسمح لنا كذلك بالتعرف على الظروف و الامكانيات المتوفرة في الميدان و مدى صلاحية الوسائل المنهجية المستعملة قصد ضبط متغيرات البحث .(عبد الرحمان العيسوي ، 1989، ص 48)

تهدف الدراسة الاستطلاعية الى :

-اختيار الحالات .

- معرفة مدى ملائمة وفهم عبارات مقياس القلق لحالات الدراسة .
- التعرف على حالات الدراسة المتمثلة في 6 حالات ( 5 اناث و 1 ذكر) .

ثانيا: منهج الدراسة:

المنهج هو الطريق المؤدي عن الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة مجموعة من القواعد التي تبحث في سير العقل وتحديد عملياته التي تبحث في سير العقل وتحديد عملياته حتى يصل الى نتائج معينة .

(بشير صالح الراشدي ، 2000، ص 22 )

كما ان المنهج هو التنظيم الصحيح لسلسلة الافكار العديدة اما من اجل الكشف عن الحقيقة حيث تكون بها جاهلين او من اجل البرهنة عليها للاخرين حيث تكون بها عارفين.(عمار بخوش ، 1999، ص 103)

فالمنهج سبيل الباحث لأجل الوصول الى نتائج الموضوع المراد دراسته والاجابة على الاسئلة ويتم ذلك باتباع خطوات تؤدي الى الحقيقة التي تريد الوصول اليها وبما ان لكل منهج خصائص ومميزات تم اعتمادنا في دراستنا على المنهج العيادي لماله من مميزات تخدم موضوع الدراسة.

والمنهج العيادي يهتم بمشكلة التوافق بهدف مساعدة الفرد ليعيش سعيدا وخاليا من القلق والصراعات النفسية كما يهتم بدراسة اشطرابات السلوك وعلاجها وكذا يهتم بالحالات الشعورية وفهمها ودراستها دراسة معمقة .

(وهيب مجيد الكيسي وحسن احمد الزهري 1999 ص 42-43)

ويعتمد هذا المنهج على استخدام مجموعة من تقنيات منها : دراسة الحالة وهي دراسة تنازل جميع الجوانب المتعلقة بشي او موقف واحد يعتبر الفرد او المؤسسة او المجتمع او جماعة كوحدة للدراسة ويقوم منهج دراسة الحالة على التعمق في دراسة المعلومات بمرحلة معينة من تاريخ الفرد او دراسة جميع المراحل الي مر بها .

(امين ساعافي ، 1991 ، ص81)

ثالثا:ادوات الدراسة :

للتأكد من صحة ومصداقية المعلومات المتوفرة فياي بحث علمي يجب الاعتماد على طرق منهجية و تقنيات موضوعية للقياس والاختيار ولذا اخترنا في بحثنا هذا تقنيات تتماشى مع فرضيات بحثنا وهي المقابلة العيادية النصف الموجهة . مقياس تايلور للقلق . الملاحظة العيادية

1- المقابلة العيادية:

المقابلة العيادية في احدى التقنيات المنهج العيادي الشائعة الاستعمال كقول فيصل عباس 1979:

نعتبر من التقنيات التي لايمكن الاستغناء عنها عند القيام ببحث علمي في المجال العيادي لانها تسمح بالتقرب اكثر من المريض ويجمع المعلومات والبيانات وتمهئة الفرضية اما الاخصائي العيادي للقيام بدراسة شاملة للحالات المطروحة وذلك عن طريق المحادثة الهادفة والفهم الشامل لما يعنيه المريض .

(فيصل عباس، 1979 ، ص 102-103)

1-1: المقابلة الموجهة: وهي مقابلة مهيكلت تبين من طرف الفاحص والاجابة فيها تكون مثل: نعم او لا وبذلك فهي عبارة عن استبيان يحتوي على اسئلة مغلقة هدفها التوجيه والبحث والتوجيه .

2-1:المقابلة الغير موجهة: يكون المفحوص مدعو للكلام بصفة تلقائية وان تدخل الفاحص وكل ماينتج عن هذه المقابلة الصادر عن المفحوص باخذ عين الاعتبار.

3-1: المقابلة نصف موجهة : يعتمد علىتوطيد العلاقة بين الفاحص والمفحوص وهي عبارة عن اسئلة ممددة منظمة وفق ترتيب معين وتطرح في وقت ترتيب معين وتطرح في وقت معين والمفروض ان يكون حرا في الاجابة عنها ولكن في حدود سؤال .

وقد اخترنا في بحثنا المقابلة النصف موجهة لان الموضوع بحثنا يفرض علينا استخدام هذا النوع من المقابلة من جهة ومن جهة اخرى هي تغطي المفحوص نوع من الحرية في التعبير اضافة الى اننا نستطيع التحكم في سير المقابلة وتجنب الخروج عن الموضوع

وتعرف *Colette chiland* المقابلة النصف موجهة على انها مبنية بطريقة محكمة واداة من ادوات البحث العلمي وتدعى ايضا بالمقابلة ذات الاجابة المفتوحة وللباحث تسلية مكونة من اسئلة ينتظر الاجابة عنها .

( Colette chiland 1993.p119 )

2- الملاحظة العيادية : تعتبر واحدة من اقدم وسائل جمع البيانات والمعلومات الخاصة بظاهرة ما . بحيث استخدمت من قبل القدماء في مجال الظواهر الطبيعية . ثم انتقل واستخدمها الى العلوم الانسانية وهي عبارة عن عملية مراقبة ومشاهدة لسلوك الظواهر.

والمشكلات والاحداث مكوناتها المادية والبيئية وتابعة سيرها و اتجاهاتها وعلاقتها في سلوب علمي منتظم وهادف يقصد التفسير وتحديد العلاقة بين المتغيرات والتنبؤ بسلوك الظاهرة وتوجيها لخدمة اغراض الانسان وتلبية احتياجاته.(محمد عبيدات واخرون، 1999.ص73)

3-الاختبارات النفسية:هي الوسيلة التي تكشف عن النقاط الخفية يعني لاتظهر من خلال المعايير كما تحدد البنية التي ينتمي اليها المفحوص ويتم استعمالها بعد اجراء الملاحظة العيادية والمقابلة العيادية. لقد استخدمنا في بحثنا هذا اختبار تايلور.(مسلم محمد : دون سنة ، ص63)

اختبار تايلور: هو اختبار موضوعي يطلق عليه اسم Manifest anxiety xale (Mas ) : يعتبر مقياس سكيومتري للتعبير الذاتي يقيس الفروق الفردية والقلق الذي يثار في ظروف خاصة هي مواقف التقديم كموقف تظهر فيه سمات الشخصية وهو مكون من 50 فقرة مقتبسة من اختبار مينسوتا (متعدد الواجه).

المقياس :اذا كانت اجابة الحالة في الجدول نفسها في جدول التصحيح فتحصل على درجة الثبات تتراوح بين 0.99-0.81.

وقد استعمل محمد غالي طريقة اختبار الدراسة مدى ثباتها كان المعامل 0.09-0.81 المرة الاولى ، 0.83 المرة الثانية وعليه بين ان هذا المقياس صالح الى حد كبير لقياس القلق.

تصحيح المقياس: اذا كانت اجابة الحالة عكس جدول التصحيح فحصل على درجة 0.

جدول رقم (01): لتقرير مستوى القلق كم عند تايلور

الفئة	الدرجة	مستوى القلق
أ	0-16	خالي من القلق
ب	17-20	قلق بسيط
ج	21-26	قلق نوعا ما
د	27-29	قلق شديد
هـ	30-50	قلق شديد جدا

رابعا :الحدود الميكانيكية والزمانية:

1-الحدود المكانية :

تمت الدراسة الميدانية بدار المسنين بمستغانم :

## التعريف بالمركز:

انشأ مركز الشيخوخة سنة 1982-1987 تحت وصاية الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي , وبعد هذا التاريخ اخذ استقلالية بحيث اخذ الطابع الاداري .

بناء على مرسوم 80-82 بتاريخ 15 / 03 / 1980 تم تحويله من البناية القديمة 01 / 11 / 1999 .

يتميز هذا الاخير بنظامه الداخلي , حيث يتكفل بفتة المسنين المهتمشين اجتماعيا و المحرومين من المأوى .

## الموقع الجغرافي للمركز:

يقع مركز الشيخوخة و المعاقين ببلدية صيادة جنوب ولاية مستغانم على الطريق الوطني رقم " 11 " و يبعد من مقر الدائرة بحوالي 10 كم و عن مقر الولاية بحوالي 03 كم , يتربع على مساحة قدرها 01 هكتار موجود بين المدينة والريف من اجل اتاحة الراحة في نفوس المقيمين .

قدرة الاستيعاب : 90 شخص .

عدد المقيمين الحالي 61 مقيم , منهم 34 نساء, و 27 رجال , مع العلم ان هناك حالات لديها اعاقات , 06 معاقين حركيا , 30 مريض عقلي , و 03 اعاقة بصرية , اما فيما يخص الاعاقات المزدوجة 06 حالات , 01 عقلية بصرية , 02 حركي عقلي بصري , 02 اعاقة سمعية .

اما المقيمين المستقلين ذاتيا : 11 حالة , يوجد اربعة مصابين بداء السكري و اثنان ضغط دموي و 19 معاق حركيا .

يحتوي المركز على 04 اجنحة , كل جناح يحتوي على 14 غرفة مزدوجة اي مقيمين اثنين في كل غرفة , و في كل جناح نجد 03 مراحيض و 03 مرشات .

قاعة التلفاز - قاعة التمريض - قاعة الحفلات - قاعة محو الامية , قاعة لتغير الملابس .

المرافق : المطعم , قاعة الحفلات , المطبخ , غسالة , بياضة .

## المخازن :

- المخزن العام : تم استعمال الغرف كمخازن للملابس و الافرشة .

- مخزن المواد الغذائية .

- خزان المياه .

- مركز الحراسة .

- المراقد .

- الحمامات .

المكاتب : المكتب البيداغوجي - مكتب التمريض - مكتب الاخصائي النفساني .

الادارة : مبنى جديد تم استلامه سنة 2006 متكون من 07 مكاتب :

مكتب المدير - مكتب السكرتارية - مكتب المخزني - مكتب المحاسب - مكتب المقتصد - مكتب المستخدمين - مكتب الاعلام الالي .

الطاقم التكلفي :

- 03 نظافات غرف دائمين .
  - مربيان مختصان و مربية واحدة متعددة الخدمات .
  - اخصائية نفسانية .
  - اخصائية اجتماعية .
  - ممرضة .
- عون مطبخ مكلف بالمقيمين و 23 متعاقد .

2-الحدود الزمانية:

استغرقت دراستنا الميدانية مدة شهر من شهر فيفري الى شهر مارس.

خامسا: مواصفات الحالة المدروسة:

اجريت هذه الدراسة على 6 حالات 5 اناث و ذكر تتراوح اعمارهم من 60 الى 80 سنة كلهم مقيمين بدار الاشخاص المسنين وقد اختيرت هذه الجالات على اساس اخذ بعين الاعتبار:

متغير القلق اي ان تكون الحالات على علاقة بموضوع القلق وكذلك مراعاة بعض الشروط :

- اختيار المسنين العادين والاصحاء واستبعاد كل الذين يعانون من عقلي .
- مراعاة عامل السن .

## 1- عرض الحالات:

جدول رقم (02): سير المقابلات مع الحالة الاولى :

المقابلات	تاريخها	مدتها	مكان اجرائها	الهدف منها
1	2017/2/27	15 د	غرفة الحالة	. تم التعرف على الحالة و محاولة كسب الثقة و أخذ المعلومات الأولية
2	2017/3/06	45 د	غرفة الحالة	. تم التطرق الى الجانب الاسري و نوعية العلاقة داخل الاسرة و وصولا الى سبب الدخول الى المركز .
3	2017/3/13	35 د	غرفة الحالة	. تم فيها التعرف على مختلف الامراض التي يعاني منها الحالة مع التركيز على الجانب الصحي من خلال التعرف على مدى العناية بهم من حيث المتابعة الطبية.
4	2017/3/19	40 د	غرفة الحالة	. تم التعرف على المعاش النفسي الاجتماعي للحالة من خلال العلاقة داخل المركز مع المقيمين .
5	2017/3/26	20 د	غرفة الحالة	. تم فيها تطبيق الاختبار القلق لتايلور .
6	2017/4/03	45 د	غرفة الحالة	. التكفل النفسي للحالة.

تقديم الحالة الاولى :

البيانات الاولية:

الاسم: م.ذ

الجنس: انثى.

السن: 62 سنة.

الحالة الاجتماعية: مطلقة بدون اولاد.

عدد الاخوة: 06 رتبها الثانية.

المستوى التعليمي: امية.

مدة الاقامة بالمركز: 07 سنوات.

السوابق المرضية: ضغط الدم , الداء السكري.

السيمائيات و السلوك العام للحالة :

الجانب المورفولوجي : تتميز الحالة "م,ذ" بطول القامة , ذات بشرة بيضاء مع تجاعيد في الوجه , لون العينين خضروتين , ذات شعر اشقر , تبدو ملامحها حزينة , سميئة من حيث الجسم , مهتمة كثيرا بهندامها من حيث نظافة الجسم و اللباس .

مزاج الحالة : متغير , معظم الاوقات حزينة , حيث تبدو في تصرفاتها غير متقبلة لوضعها الحالي , وهي في اغلب الاوقات قلقة .

السلوك : يتسم سلوك الحالة بالهدوء , احيانا تكون عدوانية عندما يتعلق الامر بازهارها , منعزلة لا تقوم بمشاكل مع المقيمات و ذلك لعدم تكلمها معهم .

النوم : نوم متقطع .

الاكل : نقص في الشهية.

النظافة : مهتمة بنظافتها من حيث جسدها و لباسها و غرفتها .

الاتصال : كان الاتصال صعب مع الحالة , نظراتها غير مباشرة , لغتها سليمة الى حد ما , و احيانا محتوى الكلام يكون غير واضح .

النشاط العقلي : تواجه الحالة صعوبة في الفهم و الاستيعاب , ذكراتها ضعيفة لا تتذكر الاحداث بسهولة , مع خلط في الاحداث .

النشاط الحركي : تتميز الحالة ببطئ في الحركة و هذا راجع الى كبر سنها , لديها تناسق حركي فهي تنتمي الى فئة المستقلين ذاتيا.

## عرض المقابلات :

## المقابلة الاولى :

حيث تم في هذه المقابلة التعرف على الحالة , و جمع اكبر قدر ممكن من المعلومات الاولية و البيانات الشخصية بعد كسب ثقتها و التعريف بدورنا كاحصائين نفسانيين .

## المقابلة الثانية :

لقد ركزنا في هذه المقابلة على الجانب الاسري و نوعية العلاقة داخل الاسرة وصولا الى سبب الدخول الى المركز .

عاشت الحالة "م,ذ" في اسرة مكونة من اب و ام و ستة اخوة , كانت حالتهم المادية لابس : , وبعدها توفي الاب عاشت الحالة مع امها و اخواتها الذكور , قامت هي برعاية والدتها المريضة التي توفيت بسبب اهمال اخواتها وعدم اخذها الى الطبيب و هي تحملهم مسؤولية وفاتها تقول الحالة : "ما ماتتقدمهم و ما بغاوشيدوبها للطب " , وهذا ما ولد عند الحالة شعور بالذنب و عجزها عن انقاذ والدتها . تزوجت الحالة بابن عمها الذي كان متزوج قبلها بزواج بالفاخرة , لم ترغب هي فيه كان بضغط و تسلط من اخيها , كان له اولاد لكنها لم تكن تعلم بوجودهم و فوجئت بهم فيما بعد , كانت لها هذه الحقيقة صدمة لم تتقبلها فطلبت الطلاق من زوجها بعد 15 يوم من زواجها حيث تقول الحالة : "ما بغيتش نيتهم رجعلهم امهمعندي ربي."

وانا وبعد الطلاق عادت الحالة الى منزل اخواتها لكنها شياً فشيياً وجدت نفسها وحيدة , كل منهم استقر في مسكنه الخاص و بقيت هي مع الاخ الاصغر الاعزب , لكنها كانت تقضي معظم الوقت بمفردها حيث تصرح الحالة : "فليلمانرقدش حتى يجي خويا " , هذا ما يدل على الخوف من الوحدة , كان هذا سبب مجيئها الى المركز حتى لا تبقى بمفردها مع عدم علاقات بزملائها المتواجدين بالمركز , اما فيما يخص علاقتها باخوتها ليست جيدة لا احد ياتي لزيارتها سوى الاخ الاصغر حتى انها لم تعلم بوفاة اخيها الاكبر .

## المقابلة الثالثة :

تطرقنا في هذه المقابلة الى الجانب الصحي وكذا التعرف على مدى العناية بهم من حيث المتابعة الطبية .

الحالة مصابة بضغط الدم و الداء السكري , اللذان هما في ارتفاع مستمر نتيجة لانفعالها الزائد وقلقها الدائم و سرعة استثارها كما تقول الحالة : " كي نتقلق و نزعف يطلعولي " , كما انها تعاني من الام على مستوى المفاصل والراس فهي تتناول المهدئات قبل دخولها المركز والادوية التي تتناولها : ametreptiline، tranxene،temesta , لا تشكو من اية امراض عضوية اخرى .

## المقابلة الرابعة :

خصصت هذه المقابلة للتعرف على المعاش النفسي و الاجتماعي للحالة و علاقتها مع المقيمين داخل المركز : تتسم الحالة بمزاج متغير و متقلب , تبدو عليها ملامح الحزن و الكابة , و الياس من الحياة فهي تتمنى الموت باستمرار و على حسب قولها : " الموت ولا هادي الحياة " , احيانا تشعر بالضيق وتتناها احساسا غامضة لا تعرف مصدرها , كما يظهر عليها القلق و الخوف من الايام القادمة لانها تجهل مصيرها , عاشت الحالة ظروف معيشية قاسية مما اثر على حالتها النفسية , حتى انها

تصدم براسها على الحائط من شدة الالم , الحالة رغم ظروفها الا انها راغبة في الزواج و الخروج من المركز وعلى حسب قولها : "كون نصيب نزوج ونخرج من هاد الدار". فهي لا تريد التقدم في السن ويظهر ذلك في طريقة لباسها حيث تفضل ارتداء " pulleles jupes + " مانبغيش نلبس بدعية "

ووضع الصبغة على الشعر , اما عن علاقتها مع المقيمين فهي لا تختلط بهم تفاديا للمشاكل احيانا تتسبب في شجارات وتعتدي على المقيمة التي برفقتها في الغرفة "ب" بسبب اهمالها لنظافة الغرفة وعدم ترتيبها لسريرها , اما عن علاقتها بالعمال جيدة , كما انها تحب المشاركة في النشاطات التي تقام داخل المركز.

#### المقابلة الخامسة :

تم في هذه المقابلة تطبيق اختبار مقياس تايلور للقلق , كان مكان اجراء الاختبار في غرفة الحالة , تم فيها شرح فقرات الاختبار للحالة لانها لم تتلقى اي تعليم بالاضافة الى بطئها في الفهم .

#### المقابلة السادسة :

لاحظنا ان الحالة تحظى بتكفل طبي من خلال الاعتناء بها و تقديم الرعاية الصحية لها واعطاءها الادوية في الوقت المحدد , وعند شعور الحالة بالمرض تقوم الممرضة باخذها الى الطبيب , اما التكفل النفسي يكاد ينعدم بحيث لا توجد متابعة نفسية من طرف الاخصائي خاصة للتخفيف من القلق والاكتئاب اللذان يلازمان معظم المسنين , قمنا باجراء مقابلات عيادية للاستماع الى الحالة و التخفيف من قلقها وخاصة قلقها الزائد على صحتها و تقوية ثقتها بذاتها , الحالة تحب المشاركة في الرحلات و النشاطات التي تقام بالمركز.

#### نتائج اختبار مقياس تايلور للحالة الاولى :

ان مستوى القلق الذي تعاني منه الحالة يصنف في مستوى القلق الشديد جدا , تحصلت الحالة " م,ذ " على الدرجة " 30 " التي تقع " 30- 50 " مما يشير انها تعاني من قلق شديد جدا يظهر من خلال الاعراض التالية : نومها متقطع , نوبات من الغثيان , اشعر بالعصبية , اتعب بسهولة , دائما ينتابني شعور بالقلق على اشياء غامضة , كل هذه الاعراض تدل على وجود قلق و هذا القلق شكل لها اضطرابات نفسية كالتوتر و الضيق و الخوف " كثيرا ما اشعر بالتوتر لدرجة اعجز عن النوم " " انا شخص متوتر جدا " , مع نقص الثقة في النفس .

#### استنتاج عام للحالة :

تبلغ الحالة " م, ذ " 62 سنة , مظهرها الخارجي مرتب , مهتمة بنفسها , ذاكرتها ضعيفة لاتتذكر بسهولة , مطلقة , التحقت بالمركز نتيجة تخلي اخواتها عنها و شعورها بالوحدة ,

اجرينا معها 06 مقابلات و ما ميز الحالة اثناءها هو الهدوء و الافراط في الكلام بدون توقف مع رفع صوتها , لديها صعوبة في التركيز و لكن لديها القدرة على استرجاع الاحداث الاليمة و تمركزها على حالتها الصحية , لديها تناسق حركي سليم مع بطئ في الحركة فهي تنتهي الى فئة المستقلين ذاتيا , كانت من حين الى اخر تنظر الى الارض نظراتها غير مباشرة , تبدو عليها ملامح الحزن و الكآبة معظم الوقت . وبعد تطبيق مقياس تايلور للقلق على الحالة اكدت النتائج ان الحالة لديها قلق شديد جدا حيث تحصلت على الدرجة " 30 " يظهر ذلك من خلال الاعراض التالية : اضطرابات في النوم فهي تتقلب كثيرا في فراشها طيلة الليل و خصوصا عندما تنقصها الادوية المهدئة , و اضطرابات في الاكل تجلت في فقدان الشهية , اضافة الى نقص

الثقة بالنفس و التوتر الشديد و سرعة الاستثارة و الغضب . و قلقها المفرط على صحتها و مستقبلها , اما فيما يخص التكفل النفسي قمنا باجراء مقابلات عيادية لمساعدة الحالة على التنفيس الانفعالي عن مخاوفها و المواضيع التي تثير قلقها و التخفيف من عصبيتها الى جانب التكفل الطبي و الاجتماعي المقدم داخل المركز , من خلال تشجيعها على اقامة علاقات مع المقيمت و المشاركة في النشاطات التي تقام داخل المركز .

## جدول رقم (03): سير المقابلات مع الحالة الثانية :

المقابلات	تاريخها	مدتها	مكان اجرائها	الهدف منها
1	2017/2/27	15 د	غرفة الحالة	. تم التعرف على الحالة و محاولة كسب الثقة و أخذ المعلومات الأولية
2	2017/3/06	45 د	غرفة الحالة	. تم التطرق الى الجانب الاسري و نوعية العلاقة داخل الاسرة و وصولا الى سبب الدخول الى المركز .
3	2017/3/13	35 د	غرفة الحالة	. تم فيها التعرف على مختلف الامراض التي يعاني منها الحالة مع التركيز على الجانب الصحي من خلال التعرف على مدى العناية بهم من حيث المتابعة الطبية .
4	2017/3/19	40 د	غرفة الحالة	. تم التعرف على المعاش النفسي الاجتماعي للحالة من خلال العلاقة داخل المركز مع المقيمين .
5	2017/3/26	20 د	غرفة الحالة	. تم فيها تطبيق الاختبار القلق لتايلور .
6	2017/4/03	45 د	غرفة الحالة	. التكفل النفسي للحالة.

تقديم الحالة الثانية :

البيانات الاولية :

الاسم: ب, ش

الجنس: ذكر .

السن : 60 سنة .

الحالة الاجتماعية : مطلق .

عدد الاخوة : 04 رتبته الثالثة .

المستوى التعليمي : امي .

مدة الاقامة بالمركز : 05 سنوات .

السوابق المرضية : لديه اعاقه حركية سببها بتر الرجل و الذراع .

السيمائياتو السلوك العام :

الجانب المرفولوجي : الحالة متوسط القامة , بنية الجسم معتدلة , ذو بشرة سمراء و عيون بنية , نحيل الجسم , ملامحه حزينه .

مزاج الحالة : يتسم مزاج الحالة بالاكتئاب , احيانا تتخلله من الاكتئاب , يتغير بتغير المثيرات الخارجية .

السلوك : يتسم سلوكه بالهدوء , يفضل الوحدة و العزلة و البقاء في غرفته , علاقته بالمقيمين محدودة , يظهر عليه القلق و التوتر عندما لا يدخن .

النوم : ينام بشكل عادي و لا يعاني من اضطرابات في النوم , ولكن تنتابه فترات من الارق بسبب اعاقته و تذكر الخبرات المؤلمة .

الاكل : لديه شهية عادية , يأكل بطريقة منظمة و مرتبة رغم جلوسه على كرسي متحرك .

النظافة : الحالة دائم الاستحمام , مهتم بمظهره الخارجي و نظافة لباسه و كذلك نظافة غرفته .

الاتصال : كان الاتصال سهل مع الحالة , فهمه سليم . لغته سليمة , الكلام واضح , لا توجد لديه اضطرابات لغوية .

النشاط العقلي : الحالة لا يعاني من اي اضطرابات عقلية , تفكيره منطقي وله تسلسل منطقي للاحداث . ذاكرته ضعيفة بعض الشيء , لا يتذكر التواريخ الهامة في حياته , التوجه المكاني و الزماني مضطربين .

النشاط الحركي : الحالة ينتمي الى فئة الغير المستقلين ذاتيا , لديه اعاقه حركية , يتنقل باستعمال كرسي متحرك .

## عرض المقابلات :

## المقابلة الاولى:

تم في هذه المقابلة التعرف على الحالة , فيما رفض الحالة التعامل معي حيث اظهر مقاومة شديدة , لكن بعد الحديث معه وافق على اجراء المقابلات , ثم قمنا بجمع المعلومات الاولية و كسب ثقة الحالة , بعد التعريف بدورنا كأخصائين نفسانيين .

## المقابلة الثانية :

تطرقتنا في هذه المقابلة الى الجانب الاسري و نوعية العلاقة داخل الاسرة وصولا الى سبب الدخول الى المركز.

كان يعيش " ب , ش " في اسرة مكونة من اب وام و 04 اخوة , وبسبب طلاق الوالدين عاش مع زوج الام و اخوته الذي قام برعايتهم و كانت معاملته قاسية خاصة مع الحالة , ولم تكن علاقته بزواج امه جيدة كان في صراع دائم معه , اما عن علاقته بامه و اخوته فكانت جيدة يسودها التفاهم والمحبة , اما فيما يخص علاقته بوالده لايتواصل معه حسب قول الحالة : " هو ماكانش يسقسسي علينا ....نسانا كامل و راح عاود حياته " هذا ما نتج عنه شعور بالحرمان العاطفي عند الحالة .

تزوج الحالة لكن زواجه لم يستمر دام فترة عامين , طلق الحالة بسبب كثرة الخلافات على حسب قول الحالة : " طلقت المراكي كتروا المشاكل بينها وبين شيبانية " , لم يرزق الحالة باولاد من زواجه , توفيت الام بسبب مرضها بالسرطان , وبعدها توفي الاب , تم توفي اخوه بسبب ادمانه على المخدرات , هذه الصدمات اثرت على حياته , ادخل الى المستشفى بسبب شعوره بالأم على مستوى اليد و الرجل اليسرى , كما تحدثت الحالة عن اخته التي ماتت مقتولة بابشع الطرق في بيتها مع ابنتها و حفيدتها من طرف زوج ابنتها .

التحق الحالة بالمركز من طرف مديرية النشاط الاجتماعي كحالة اجتماعية بدون مأوى , كما ان الحالة بدون وثائق شخصية كلها محجوزة في منزل اخته المتوفية الذي شمع من طرف الامن , حالته المادية صعبة فهو لا يتقاضى منحة الاعاقة .

## المقابلة الثالثة :

خصصت هذه المقابلة للتعرف على الجانب الصحي للحالة .

الحالة ينتمي الى فئة الغير مستقلين ذاتيا لديه اعاقه حركية مكتسبة , سببها بتر الرجل و اليد اليسرى و عند سؤاله عن مرضه لم يرد التحدث عنه , وحمل مسؤولية ما حدث له لزواج امه . حسب قول الحالة : " صرالي هاد الشي بسباب زعافوا " . كما ان الحالة يدخن و لا يريد تركه فهو يتحكم في مزاجه و انفعالات وهذا حسب قول الحالة : " نهار الي منكميش فيهننتلق وندابز على والو " . فالحالة لا يستطيع التحكم في عصبيته .  
الحالة لا يعاني من اية امراض مزمنة , و لا يتناول ادوية او مهدئات .

## المقابلة الرابعة :

خصصت هذه المقابلة للتعرف على المعاش النفسي والاجتماعي للحالة و علاقته مع المقيمين داخل المركز.

يتسم الحالة بمزاج مكتئب , يشعر بالحزن و الكآبة على نفسه والحالة التي آل اليها فهو لا يحب الخروج الى الشارع خوفا من نظرة الناس اليه , فهو يتجنب اقامة علاقات هذا حسب ما صرح به الحالة : " مانقدرش نخرجهاك برا , قاع الناس يعرفونيقبلمايصرالي هكذا من بعد يقولوا عندك فلان ... " فالحالة لديه شعور بالنقص نتج عنها تدني تقدير الذات لديه

, هذا ما اثر على حالته النفسية بالسلب و اصبح اكثر عزلة وانطواء , بالاضافة الصدمات و الخبرات الاليمة التي مر بها و الحرمان العاطفي هذا ما اثر على حالته النفسية بالسلب و اصبح اكثر عزلة و انطواء , كما صرح الحالة انه يشعر بالقلق و التوتر عندما لا يدخن و تزيد عصبيته و يمتنع عن الاكل " كي يكلمي الدخانمانقدلاناكل و لانترقد و راسي يضرني بزاف " .

اما عن علاقته بالمقيمين جيدة فهي علاقة محدودة , يفضل الوحدة و البقاء في غرفته , لا يحب الحفلات و المناسبات الاجتماعية ولا حتى الرحلات فهو يرفض الخروج خارج المركز .

#### المقابلة الخامسة :

تم في هذه المقابلة تطبيق اختبار مقياس تايلور للقلق الصريح , ذلك بعد تبسيط و شرح عبارات المقياس للحالة مع التعلية.

#### المقابلة السادسة :

تم في هذه المقابلة التعرف على طبيعة التكفل النفسي و الاجتماعي المقدم للحالة .

الحالة يعاني من اضطرابات نفسية متعلقة بمعاشه اليومي و اعاقته , و للتكفل به قمنا باجراء مقابلات عيادية لمساعدة الحالة لتنفيس عن انفعالاته و قلقه و اعادة بناء و تعزيز ثقته بنفسه مع تصحيح نظرتة الى ذاته و مساعدته على التخلص من شعوره بالنقص و تقبل اعاقته مع تحويل الخبرات المؤلة الى خبرات متعلمة

و تشجيع الحالة على التعبير الحر عن مشاعره التي يكتبها مع ازالة المشاعر السلبية التي ارتبطت بالقلق .

محاولة اخراجه من دائرة الانطواء من خلال اثناء علاقته الاجتماعية و المشاركة في النشاطات الترفيهية التي تقام داخل المركز .

#### نتائج اختبار مقياس تايلور للحالة الثانية :

بعد تطبيق مقياس تايلور للقلق على الحالة تحصل على الدرجة " 32 " التي تقع بين " 50.30 " مما يشير الى انه يعاني من قلق شديد جدا , يميزه التوتر و الارتباك و يظهر كذلك من خلال الاعراض الفيزيولوجية : الصداع , الام بالمعدة و كذلك العصبية " دائما اشعر بالقلق بدون مبرر " , كما يعاني منا اضطراب صورة الجسم " الم نرجسي " يظهر من خلال اهتمامه الزائد بصحته الجسمية الى جانب اجابته على المقياس " انا لائق في نفسي , اشعر بانني عديم الفائدة " , كل هذه الاعراض تثبت ان للحالة قلق شديد جدا .

#### استنتاج عام للحالة الثانية :

يبلغ الحالة " ب , ش " 60 سنة , مطلق , يتميز بنحافة الجسم , مظهره الخارجي مرتب و مهتم بنفسه , يستجيب للحديث و لغته سليمة و مفهومة . الحالة ينتمي الى فئة الغير مستقلين ذاتيا بسبب اعاقته الحركية و جلوسه على كرسي متحرك , التحق بالمركز نتيجة ظروف اجتماعية فهو بدون مأوى , اجرينا معه 06 مقابلات عيادية , تم فيها ملاحظة سلوكياته المتمثلة في حبه الزائد للنظافة و الترتيب , و شعوره بالحزن و الكآبة لما يمر به من ظروف مادية صعبة و عدم قدرته على التكيف مع اعاقته و قلقه الشديد على مستقبله , و بعد تطبيق مقياس القلق لتايلور اكدت النتائج ان الحالة لديه قلق شديد جدا من خلال

شعوره الدائم بالقلق بدون مبرر، والتوتر وعدم الاستقرار و ضعف الثقة بالنفس ، مع شعوره بالنقص و انخفاض تقديره لذاته واحساسه بالحرمان و محدودية علاقاته الاجتماعية فهو يفضل البقاء وحيدا في غرفته ، كما ان لا احد ياتي الى زيارته .

الحالة لايعاني من امراض عضوية الا ان حالته النفسية متدهورة بسبب الخبرات المؤلمة التي مرّ بها ، فالحالة يحتاج الى الكثير من الدعم النفسي و ذلك قصد التخفيف من حدة القلق ومعاناته و اعادة تعزيز ثقته بنفسه وتعويضه عن الحرمان العاطفي الذي يعيشه و تشجيعه على المشاركة في النشاطات داخل المركز لاجراجه من دائرة العزلة.

## جدول رقم (04): سير المقابلات مع الحالة الثالثة :

المقابلات	تاريخها	مدتها	مكان اجرائها	الهدف منها
1	2017/2/27	15 د	غرفة الحالة	. تم التعرف على الحالة و محاولة كسب الثقة و أخذ المعلومات الأولية
2	2017/3/06	45 د	غرفة الحالة	. تم التطرق الى الجانب الاسري و نوعية العلاقة داخل الاسرة و وصولا الى سبب الدخول الى المركز.
3	2017/3/13	35 د	غرفة الحالة	. تم فيها التعرف على مختلف الامراض التي يعاني منها الحالة مع التركيز على الجانب الصحي من خلال التعرف على مدى العناية بهم من حيث المتابعة الطبية .
4	2017/3/19	40 د	غرفة الحالة	. تم التعرف على المعاش النفسي الاجتماعي للحالة من خلال العلاقة داخل المركز مع المقيمين .
5	2017/3/26	20د	غرفة الحالة	. تم فيها تطبيق الاختبار القلق لتايلور .
6	2017/4/03	45 د	غرفة الحالة	. التكفل النفسي للحالة.

تقديم الحالة الثالثة :

البيانات الاولية :

الاسم : ن , ب .

السن : 70 سنة .

الجنس : انثى . الحالة الاجتماعية : ارملة .

عدد الاخوة : 04 رتبها الاولى .

المستوى التعليمي : امية .

مدة اقامتها بالمركز : 09 اشهر .

السوابق المرضية : ضغط الدم , الداء السكري , مرض القلب , الام المفاصل .

السيمائيات و السلوك العام :

الجانب المرفولوجي : تتميز الحالة " ن , ب " بطول القامة , نحيفة الجسم , ذات بشرة بيضاء مع تجاعيد في الوجه , عيناها بنيتين , وشعرها اسود شائب . هندامها غير مرتب وغير مهتمة بنظافته .

السلوك : يتسم سلوكها بالهدوء , فهي منعزلة لا تختلط بالمقيمات , علاقتها بهم جيدة .

النوم : نوم متقطع مع الاستيقاظ باكرا .

الاكل : نقص في الشهية .

النظافة : غير مهتمة بنظافتها الشخصية من حيث البدن و اللباس و غرفتها .

الاتصال : كان الاتصال سهل مع الحالة , الا أنه كانت تتخلله فترات صمت من قبل الحالة , لغتها سليمة و مفهومة و محتوى الكلام واضح .

النشاط العقلي : الحالة لاتعاني من اضطرابات عقلية او اضطرابات في الذاكرة , تفكيرها منطقي وسليم و متسلسل .

النشاط الحركي : الحالة تنتهي الى فئة الغير المستقلين ذاتيا بسبب مرضها المتمثل في التهاب المفاصل وعدم قدرتها على المشي , تنقل باستعمال كرسي متحرك .

عرض المقابلات :

المقابلة الاولى :

تم في هذه المقابلة التعرف على الحالة , فيما ابدت الحالة موافقتها بعد توضيح الهدف من اجراء المقابلات و التعريف بدورنا كأخصائين نفسانيين , تم فيها اخذ البيانات الاولية مع كسب الحالة .

## المقابلة الثانية :

ركزنا في هذه المقابلة على الجانب الاسري و نوعية العلاقة داخل الاسرة وصولا الى سبب الدخول الى المركز.

تذكر الحالة " ن, ب " اشياء قليلة عن طفولتها و عائلتها التي تتكون من 04 اخوة ذكرت ان والدها توفي و هي في الخامسة من عمرها حسب قولها " مارانيش عاقله عليه " ,فالحالة نشأت من دون اب , قامت الام برعايتهم و عندما بلغت الحالة 18 سنة توفيت الام بعد صراعها مع المرض , تولت هي مسؤولية اشقيائها وخاصة اختها الصغرى حسب قولها " اناربيتها ...حلت عينها فيا " , صرحت الحالة انها عاشت حياة قاسية و تحملت مسؤولية اخوتها وهي طفلة , كانت تساعد والدتها في تربيتهم حسب قولها " مانعقلش على روجي لعبت مع نتاجاتي وانا صغيرة " , و عندما بلغت الحالة سن 21 سنة قام ابن عمها بتزويجها , لكن زواجها باء بالفشل لانها تزوجت برجل مريض عقليا , كانت تتعرض للضرب و التعنيف من طرفه لدرجة انها اصبحت طريحة الفراش ولم تقوى على المشي , حسب قولها " من قوة الضرب لي ضربوني عام وانا مريضة , ما نقدرلا نوض و لا نمشي " , تطلقت الحالة بعد ثلاث اشهر من زواجها و بقيت في منزل اهلها مع اخواتها , وعندما بلغت 41 من عمرها تزوجت برجل يكبرها سنا كان متزوج قبلها وله 06 اولاد " 02 ذكور , 04 اناث " حسب قولها " كان كبير عليّ , كي تزوجته كان في عمره 83 عام , بنته الصغيرة نتيجتي " , لم تواجه اية مشاكل معه , كانت معاملته لها جيدة , الا ان زوجات اولاده كانوا يسئون لها بالكلام القبيح و الشتم حسب قولها " كانوا يعايرونني و يسبونني و مادرت لهم والوا " وهذا ما يدل انها كانت تتعرض للتعنف اللفظي , وحتى انها قوبلت بالرفض من طرف اولاده الذكور, كل هذه الاحداث تركت بصمة على حياتها النفسية بالسلب , و بعد وفاة زوجها قاموا بطردها و خاصة لم يكن لها اولاد من زوجها فوجدت نفسها في الشارع دون مأوى , اتجهت الى منزل اخيها الا ان زوجته رفضت وجودها وقامت بطردها , وبعدها اتجهت الحالة الى المركز لتعيش فيه , و بالصدفة عرفنا ان اخت الحالة الصغرى متواجدة بالمركز منذ 10 سنوات .

## المقابلة الثالثة :

تطرقنا في هذه المقابلة الى الجانب الصحي للحالة .

عاشت الحالة ظروف صعبة مما اثر على صحتها . فالحالة مصابة بضغط الدم و الداء السكري اللذان هما في ارتفاع بسبب انفعالها الزائد و حسب قولها " حكموني من المشاكل و الزعاف تاع و لاده و نساهم " وهذا يدل ان اسباب اصابها بهما نفسية نتيجة الضغط النفسي الذي كانت تعيش فيه , كما انها تعاني من مرض القلب الذي اكتشفت اصابها به مؤخرا , بالاضافة الى عدم قدرتها على المشي والوقوف وهذا بسبب الام المفاصل فهي تستعمل كرسي متحرك , كما تشكو من الام على مستوى المعدة وهي ترجع ذلك الى رداءة الاكل حسب قولها " الماكلة راها تضرنني " وكذلك الصداع .

## الادوية التي تتناولها الحالة :

## المقابلة الرابعة :

خصصت هذه المقابلة للتعرف على المعاش النفسي و الاجتماعي للحالة داخل المركز و علاقتها مع المقيمين .

تتسم الحالة بمزاج مكتئب , تبدو عليها ملامح الحزن و الكآبة , كما تتميز بالهدوء , عاشت الحالة ظروف اجتماعية صعبة مما اثر على صحتها النفسية و توافقها النفسي , فالحالة يظهر عليها القلق و الخوف و خاصة عند استرجاع الخبرات المؤلمة و يبرز ذلك في ارتجاف يدها و محتوى كلماتها المعبرة عن القلق حسب قول الحالة " كي نتفكر الشي الي فات عليّ نتقلق و نضايق " , فالحالة منعزلة لا تختلط بالمقيمات , علاقاتها محدودة و متحفظة حسب قولها " مانبغيش نجمع معاهم نخاف

من المشاكل " فالحالة تتسم بالحذر وهذا ما زاد من احساسها بالوحدة و شعورها بالفراغ فهي تتعامل فقط مع اختها حسب قولها " كي نستحق حاجة نقول لخيرة ...", وكذلك قلقها الدائم على صحتها وخصوصا بعد اكتشاف اصابتها بمرض القلب فهي تشكو من عدم الاهتمام بها وعدم اخذها الى طبيبها المختص حسب قولها " كل ما نقولهم دوني للطبيب تاغي ما يبغوش " الحالة لا تحب المشاركة في النشاطات التي تقام بالمركز , كما ترفض الخروج معهم في الزهات و الحمامات بحجة انها مريضة و لا تستطيع المشي حسب قولها " نخاف نغبنهمو انا مانقدرش نتمشى " , كما انها رافضة لبقائها في المركز و لا تريد ان تقضي ايامها الباقية فيه حسب قولها " كون نلقى وين نروح مانبقاش هنا " و هذا مايدل على عدم تكيفها مع وضعها الحالي و تقبلها لوضعها الجديد .

#### المقابلة الخامسة :

خصصت هذه المقابلة لتطبيق اختبار مقياس تايلور على الحالة , تمت هذه المقابلة في غرفة الحالة , بعد تهيئة الظروف الملائمة لتطبيقه و تكييف فقرات الاختبار حسب فهم الحالة و استيعابها لانها لم تتلقى اي تعليم .

#### المقابلة السادسة :

خصصت هذه المقابلة للتكفل النفسي بالحالة للتخفيف من حدة القلق .

من خلال المقابلات والملاحظة العيادية و نتائج اختبار مقياس تايلور تبين ان الحالة لديها قلق و للتخفيف منه قمنا باجراء مقابلات عيادية للاستماع الى صراعات الحالة و التنفيس الانفعالي عن مخاوفها و قلقها بهدف مساعدتها على استعادة التوازن النفسي و تحقيق الصحة النفسية و ذلك بازالة القلق عن طريق تصحيح افكار الحالة و ازالة حواجز القلق و التوتر لديها , مع تعزيز الثقة بذاتها و كذلك تشجيع الحالة على اقامة علاقات مع المقيمتات و المشاركة في النشاطات التي تقام داخل المركز لتخليصها من العزلة و احساسها بالوحدة .

#### نتائج اختبار مقياس تايلور للحالة الثالثة :

بعد تطبيق مقياس تايلور للقلق على الحالة " ن, ب " تحصلت على الدرجة "34" التي تقع بين " 30-50 " مما تشير الى انها تعاني من قلق شديد جدا و هذا يعود الى نظرتها السلبية للمحيط مما نتج عنه اضطرابات نفسية مصاحبة له كالخوف والاكتئاب و التوتر و الشعور الضيق و عدم الاستقرار لدرجة انها تشعر بالقلق على امور و اشياء لا قيمة لها , بالاضافة الى نقص ثقتها بنفسها و عدم قدرتها على التركيز في شئ واحد , " دائما اشعر بالقلق دون مبرر , كما يظهر القلق من خلال الاعراض الفيزيولوجية : الغثيان " تصيبني نوبات من الغثيان " , و الام بالمعدة , كل هذه الاعراض دالة على وجود مما تحاول التخلص منه لتحقيق صحتها النفسية .

#### استنتاج عام للحالة :

الحالة " ن, ب " تبلغ 70 عاما , تتميز بطول القامة و نحافة الجسم , غير مهتمة بمظهرها و نظافتها الشخصية , لغتها سليمة و مفهومة , الحالة تنتمي الى فئة الغير مستقلين ذاتيا فهي لا تستطيع المشي والوقوف تنقل باستعمال كرسي متحرك , مصابة بضغط الدم و الداء السكري و مرض القلب , التحقت بالمركز لظروف اجتماعية تمثلت في عدم وجود مأوى بعد ان تخلت عنها اخواتها و اولاد زوجها , اجرينا مع الحالة 06 مقابلات تم فيها التعرف على المعاش النفسي والاجتماعي للحالة قبل وبعد دخولها المركز , فالحالة يميزها الهدوء ويرافقه الاكتئاب , فهي منعزلة لا تحب الاختلاط مع المقيمتات , و المشاركة في النشاطات

التي تقام داخل المركز و هذا مازاد من احساسها بالوحدة , كما يظهر عليها القلق و التوتر وخاصة على صحتها , فهي احيانا تشعر بالضيق و عدم الاستقرار و هذا ما اكدته نتائج اختبار القلق . وللتخفيف من شعورها بالقلق قمنا باجراء مقابلات عيادية لمساعدتها على ازالة حواجز القلق و التخلص منه و تحقيق صحتها النفسية و تدعيم ثقتها بنفسها و الوصول بها الى الاستقرار النفسي و تشجيعها على الاختلاط بالمقيمات و ملء الفراغ الذي تعيشه من خلال المشاركة في الرحلات التي يقوم بها المركز و التخلص من احساسها بالوحدة .

## جدول رقم (05): سير المقابلات مع الحالة الرابعة :

المقابلات	تاريخها	مدتها	مكان اجرائها	الهدف منها
1	2017/2/27	15 د	غرفة الحالة	. تم التعرف على الحالة و محاولة كسب الثقة و أخذ المعلومات الأولية
2	2017/3/06	45 د	غرفة الحالة	. تم التطرق الى الجانب الاسري و نوعية العلاقة داخل الاسرة و وصولا الى سبب الدخول الى المركز .
3	2017/3/13	35 د	غرفة الحالة	. تم فيها التعرف على مختلف الامراض التي يعاني منها الحالة مع التركيز على الجانب الصحي من خلال التعرف على مدى العناية بهم من حيث المتابعة الطبية .
4	2017/3/19	40 د	غرفة الحالة	. تم التعرف على المعاش النفسي الاجتماعي للحالة من خلال العلاقة داخل المركز مع المقيمين .
5	2017/3/26	20 د	غرفة الحالة	. تم فيها تطبيق الاختبار القلق لتايلور .
6	2017/4/03	45 د	غرفة الحالة	. التكفل النفسي للحالة.

## تقديم الحالة الرابعة:

## البيانات الأولية:

الاسم : ص . ب

السن : 80 سنة .

الجنس : انثى .

الحالة الاجتماعية : متزوجة .

عدد الاخوة : 6 اخوة رتبها الاولى .

مدة اقامة بالمركز : 5 سنوات .

السوابق المرضية : اعاقة حركية .

السيمائيات السلوك العام :

الجانب المورفولوجي : تتميز الحالة بالجسم نحيل و بشرة سمراء مع تجاعيد في الوجه , لون العينين سوداوان , شعرها اسود شائب , هندام غير مرتب و ثياب متسخة .

مزاج الحالة : تتسم الحالة بالحزن الشديد والكآبة .

السلوك : تتسم الحالة بالهدوء قد تتخلله فترات من التوتر بسبب عدم قدرتها على الحركة , كما تتعرض للآلام في ظهر و ارتجاف اليدين .

النوم : نوم متقطع بسبب الألم في رجليها و كتفها ,

الآكل : نقص في الشهية .

النظافة : الاهمال في النظافة الجسم و اللباس .

الاتصال : كانت الحالة متعاونة و الاتصال سهلا بالرغم من عدم فهمها للأسئلة احيانا , تتميز بلغة سليمة و مفهومة .

النشاط العقلي : تتميز الحالة بذاكرة قوية مع ادق التفاصيل .

النشاط الحركي : تعاني صعوبة في الحركة .

## عرض المقابلات :

## المقابلة الاولى :

كانت " ص " جالسة في غرفتها و سلمت عليها , ثم قدمت لها نفسي ورحبت بي , بعد توضيح لها الهدف من اللقاء ابدت موافقتها دون تردد , و قد تمت هذه المقابلات في غرفة الحالة و ابدت تعاونها معي , كانت تصرفاتها عادية و مقبولة المظهر

هادئة في كلامها و تتكلم بكل ثقة , ثم اخذت بعض المعلومات الأولية : الاسم , العمر , الحالة الاجتماعية ... الخ . و كسب ثقتها و التعريف بدورها كإخصائين النفسانيين .

#### المقابلة الثانية :

لقد ركزنا في هذه المقابلة على الجانب الآسري و نوعية العلاقة داخل الآسري و علاقتها الزوجية وصولا الى مجيئها الى المركز , عاشت الحالة " ص " حياة صعبة و الظروف قاسية في عائلة تتكون من 6 افراد كونها بنت اكبر سننا , اضطرت إلى تحمل المسؤولية في سن مبكرة خاصة بعد وفاة بقية الإخوة , حيث امضت طفولة صعبة حسب قول الحالة : " انا نغبنت بزاف فيحياتي " . كانت الولادة طبيعية لم يتخللها أي اضطراب و ايضا الرضاعة طبيعية و النمو الحس الحركي سليم .

عاشت "ص" في وقت فرنسا و تعلمت الفرنسية ثم تخلت عن دراستها للتقوم باعمال الشاقة مثل رعي الاغنام و إحتطاب حسب ما تذكر الحالة : "انا كي كان في عمري 15 عام كنتنحطب و نسرح و نرقى و نطيب كسرة على لجمر." في هذا السن تزوجت الحالة و انتقلت للعيش مع عممة زوجها و بعد ان سافر زوجها إلى فرنسا بالرغم من انه لايعمل . بدأت الحالة تتعرض للمضايقة من طرف عممة زوجها التي رفضت وجودها في بيتها حسب قول الحالة : " كانت تحاسبني على كل حاجة ودير وحد طبابع لي ماكانش منهم ." و بعدها اصبحت الحالة حامل بالطفلة و ظلت في ظل هذه الظروف القاسية تكافح الوحدة و معاناة بمفردها و كذلك القلق و التوتر و مايصاحبها من اعراض الحمل حيث قالت الحالة : " كان لازم نتحمل كلشيء وحدي مستش قاع كيفاش ندير راجلي في فرنسا و عمتو ما قبلتنيش في دارها ." و بعد مرور الزمن عاد الزوج إلى بيته و علم انه رزق بابنة تعامل مع الخبر بكل جفاء و اللامبالاة حيث تصرح الحالة : "كيخبرته مافرحش و زاد سبني و قاليانا مانبغيش ذراري علاه جبتها ." لاحظت على الحالة ملامح الحزن و الكآبة حيث كانت تسهى و تصمت لبعض الوقت ثم تواصل الحديث فجأة :

المقابلة الثالثة : خصصت هذه المقابلة للتعرف على الجانب الصحي للحالة و كيفية تقبلها لمرضها , كانت الحالة " ص " تعاني من آلام في المفاصل القدمين و الظهر حيث تصرح : " خطرأتش ذراعي يرقدي ما نطيكش نحرك ." و تتم متابعتها صحيا من طرف الطبيب للتقديو الادوية و استاذ متخصص في المعالجة الفيزيائية . مع علم انها معاقا حركيا بنسبة 80% حسب قول الحالة : " خطرأتش يجيالطبيب عندي يدلي حركات للذراعي بصح قاع ماريجتش ." فالحالة مقعدة على الكرسي المتحرك إلا إذا قام العمال بتحريكها فتذكر : " نحس بكتافي راهم يسطرو و خطرأتش ما نطيقش نحرك يديا باش نجيب كاس ماء , ما يجينيش رقاد في الليل ."

فالحالة لاتحب التحدث عن مرضها , و تنتقل إلى موضوع آخر و هذه المقابلة كان مزاجها سيء في معظم الاحيان يظهر عليها القلق .

المقابلة الرابعة : خصصت هذه المقابلة للتعرف على المعاش النفسي لإجتماعي للحالة داخل المركز و علاقتها مع المقيمين , كان إلتصال مع الحالة سهلا و ردود افعالها معبرة عن التعاون , كانت تتسم بمزاج مكتئب و الحزن الشديد و القلق من بعض المرضى لأنها تتضايق احيانا من الضجة التي يسببونها في المركز تقول الحالة : " خطرأتش يكثر و عليا الحس و راسي يضرني و نتقلق بزاف ." فالحالة تحب الهدوء كما انها تستمتع للراديو كثيرا تقول : " كي نسמע للراديو نريح و نبغي نعرفشكاين ." فهي كثيرة الصمت تفكر مطولا قبل الإجابة و احيانا تتحدث بشكل مبالغ فيه عن بقية المرضى بالمركز لا تتحدث كثيرا مع المقيمت ترفض احيانا الخروج معهم في الزهات و الحمامات و ذلك لعدم قدرتها على المشي و تذكر ان إبتها تزورها باستمرار حيث تشعر بالفرح عندما تتحدث عنها .

المقابلة الخامسة : من خلال المقابلات السابقة مع الحالة خصصت هذه المقابلة لتطبيق اختبارالقلق لتاييلور و ما لاحظناه على الحالة تحب الوحدة و ويظهر عليها الهدوء في كلامها و شدة الحساسية مع المقيّمات معها بالمركز احيانا تشعر بالخيبة الامل .

حيث تم تكييف عبارات إختبار حسب فهم الحالة فهي غير متعلمة كانت متجاوبة معي في الاسئلة .

نتائج إختبارمقياستايلورللحالةالرابعة : لم نجد معارضة من طرف الحالة في تطبيق إختبار, حصلت الحالة "ص" على درجة 33 من إختبارالقلق و الدرجة التي تحصلت عليها محصورة من "30 – 50" هذا مايشير انها تعاني من قلق شديد جدا من خلال اجوبتها في الإختبارو هذا القلق يشكل لهل إضطرابات نفسية من بينها لإضطرابات النوم من خلال البنود : "نومي مضطرب و متقطع". كما يظهر القلق في الاعراض الفيزيولوجية : "تصيبني نوبات غثيان و ايضا " اعرق كثيرا بسهولة حتى في الايام الباردة و"اعاني كثيرا من الصداع". نقص الثقة بالنفس مع شعور بالهم و التوتر: " مرت بي اوقات عصبية لم استطيعالتغلبعليها". و اتعب بسهولة. من خلال النتائج إختبارو الملاحظات العيادية انها تعاني من قلق شديد جدا تحاول التخفيف منه لتحقيق الصحة النفسية سليمة .

#### تقريرعام للحالة :

لقد إستنتجنا من خلال المقابلات و تطبيق الاختبار الذي قمنا به مع الحالة "ص.ب" هي امرأة عجوز تبلغ من العمر 80 سنة هي متوسطة القامة ذات بشرة سمراء مع تجاعيد في الوجه ( أثار الكبر ) متزوجة لديها بنت واحدة ثم إلتحقت بالمركز لوحدها بعد رفض إبنها لذلك فلم يكن بيدها أي خيار ، أجرينا معها ست مقابلات تم في فيها ملاحظة سلوكات الحالة و تطبيق عليها إختبار القلق حيث أثبت أنها تعاني من قلق شديد جدا حسب ماهو موجود في جدول الإختبار و ما ظهر في المقابلات من خلال بعض السلوكات و ملامح الحزن و الكآبة تظهر على وجهها خاصة عندما تتذكر ما حصل لها في هذا السن. نظرا لكبر سنها فالحالة لا تقوم بأية نشاطات في المركز بخصوص إعاقتهما من خلال ما قالتها : "راكي تشوفي راني غير على هذا الكرسي و ما نقدرش نتحرك ...".

فيما يخص التكفل الطبي للحالة فهي تحض بتكفل طبي عند شعورها بالتعب تقوم الممرضة بأخذها للطبيب ، أما التكفل النفسي فهو نسي و ذلك بتخصيص حصص و جلسات مع الحالة بتخفيف من الشعور بالقلق .

أما التكفل الإجتماعي موجود و ذلك من خلال السماح بزيارات ، إقامة حفلات ، السماح لبعض المقيمين للخروج لنزهات و نشاطات .

## جدول رقم (06): سير المقابلات مع الحالة الخامسة :

المقابلات	تاريخها	مدتها	مكان اجرائها	الهدف منها
1	2017/2/27	15 د	غرفة الحالة	. تم التعرف على الحالة و محاولة كسب الثقة و أخذ المعلومات الأولية
2	2017/3/06	45 د	غرفة الحالة	. تم التطرق الى الجانب الاسري و نوعية العلاقة داخل الاسرة و وصولا الى سبب الدخول الى المركز .
3	2017/3/13	35 د	غرفة الحالة	. تم فيها التعرف على مختلف الامراض التي يعاني منها الحالة مع التركيز على الجانب الصحي من خلال التعرف على مدى العناية بهم من حيث المتابعة الطبية .
4	2017/3/19	40 د	غرفة الحالة	. تم التعرف على المعاش النفسي الاجتماعي للحالة من خلال العلاقة داخل المركز مع المقيمين .
5	2017/3/26	20 د	غرفة الحالة	. تم فيها تطبيق الاختبار القلق لتايلور .
6	2017/4/03	45 د	غرفة الحالة	. التكفل النفسي للحالة.

تقديم الحالة الخامسة:

البيانات الأولية:

الإسم : ز.م

السن : 70 سنة

الجنس : أنثى

الحالة الإجتماعية : عزباء

عدد الإخوة : 3 إخوة رتبها الأولى

مدة الإقامة بالمركز : 7 سنوات

السوابق المرضية : مصابة بمرض الربو ، آلام المفاصل و إرتفاع ضغط الدموي

السيمائيات و السلوك العام :

الجانب المرفولوجي : تتميز الحالة "ز" ببشرة سمراء ، ذات قامة متوسطة ، ممتلئة الوجه ، ذات عينين بنيتين و شعر أسود شائب ، مهتمة من حيث النظافة .

السلوك : تتميز الحالة "ز" بفترات من القلق و التوتر بسبب مرضها مزمن بالرغم من هذا فهي مرحة و بشوشة و كثيرة الضحك .

النوم : نوم هادئ عند تناول الأدوية المهدئة .

الأكل : لديها شهية جيدة و مفتوحة .

النظافة : نظيفة الجسم و اللباس .

الاتصال : كان الإتصال سهل مع الحالة لكن نظراتها غير مباشرة مع لغة واضحة و سليمة.

النشاط العقلي : الحالة لا تعاني من اي اضطرابات في الذاكرة و لكنها تعاني من اضطرابات نفسية متعلقة بمعاشها اليومي و بتفاصيل حياتها ذاكرتها ضعيفة بعض الشيء في حين تنسى احداث المهمة .

النشاط الحركي : تتميز بالحركات عادية تستعمل اليد بكثرة يظهر عليها القلق من خلال إرتجاف رجليها و هز راسها و اثناء الكلام تغمض عينيها نظراتها غير مباشرة .

المقابلة الاولى : خصصت هذه المقابلة للتعرف على الحالة و تعريف بدورها كإخصائين النفسانيين للكسب ثقتها , ابدت موافقتها دون تردد و رحبت بي كثيرا كانت هادئة في كلامها تتكلم بكل ثقة ثم قمت باخذ المعلومات و البيانات الاولية .

## المقابلة الثانية :

لقد ركزنا في هذه المقابلة على الجانب الاسري و نوعيةالعلاقة داخل الاسرة وصولا إلى مجيئها إلى المركز كانت الحالة "ز" تعيش في عائلة تتكون من ثلاث إخوة و كانت فتاة وحيدة بين الذكور عاشت طفولة عادية لم يتخللها أي اضطراب لم تدخل أبدا المدرسة في سن المراهقة تقدم لها الكثير من الأشخاص لخطبتها وكانت ترفض الزواج و إختارت العيش مع أخيها الكبير وزوجته حيث كانت تجمعها علاقة جيدة خاصة مع بنت أخيه التي تعتنى بها و تساندها لكن بعد وفاة الأخ بسبب مرض مزمن بدأت الاوضاع بالتغير حيث إنقلبت معاملة زوجة الأخ من معاملة طيبة إلى عدوانية وقسوة مع الحالة التي تذكر: "مرت خويا ولات تسرقلي دراهمي وتقطع عليا الضوء وتبيني بالشر و تزيد تعابري .." مما لا شك فيه أن الحالة قد ضاقت درعا بتصرفات زوجة الأخ التي تغيرت بمرور الوقت حيث أصبحت ترتدي ثياب فاضحة عندخروجها حسب قول الحالة: "مرت خويا ولات تلبس سيفيليزي و تطلق شعرها وتخرج مع الرجال تاكل وتشرب و أنا مغلتي للوجوع و تحاسب فيا على دراهمي ...."

بعد معاناة التي مرت بها الحالة و الخوف الذي عاشته حيث تصرح: "مرت خويا حرشت واحد باش يعسني و أنا كنت مبلعة على روعي في الغرفة ... " هذا سبب لها الرعب و نوبات الفزع خاصة عندما تراه من خلال نافذة وهو يقوم بقرع الباب بهدف تخويفها ليلا ثم يختفي في الصباح الباكر حسب قول الحالة ، أين تجد الحالة فرصتها الوحيدة للخروج المشي في الشوارع في حالة مزرية بثياب رثة و حذاء ممزق بعد أن قامت زوجة الأخ بسرقة ثيابها ، بأت الحالة بالبكاء و إحمرار عيناه ، قالت: "كنت نقعد بالسوايح فتروتوار البيجي يعطيني الدراهم و لا يشريليكاش حاجة نكلها لخطر كان كتلني الجوع ... " كان الشارع هو الملجأ الوحيد للحالة بعد مارة و إقترح عليها التوجه إلى المركز بدلا من التواجد من الشارع الذي لا يرحم ، فتوهنا إلى المركز بدون و نائق فقالت فقالت الحالة: "وراقيا داتهملي مرت خويا خزتهملي في دراهم ..."لاحظنا على الحالة القلق والخوف و التوتر الزائد .

## المقابلة الثالثة :

خصصت هذه المقابلة للتعرف على الجانب الصحي للحالة "ز" كانت جالسة في غرفتها بعدما انتهت من تنظيف غرفتها و تعديل سريرها و ترتيب أشياءها ، بدأت تتحدث عن ما تعانیه صحيا و نفسيا ، حيث قالت "ز": "أناأزماتيك وعندي لاطنسيون ورائي نضايق و نتعب بزاف و مانيش نطيق " ، لاحظت على الحالة عند التحدث تحاول و إغماض عيناه عند الكلام بشكل متكرر مما يوضح أن الحالة الصحية في تدهور و تناول أدوية مهدئة حيث تذكر: "لوكان ما نشريش الدواءتاعي نبات قاعدة فاليل و نحس بالضيق بصدري و منطيقش نتنفس " حيث أرتني نوعية الدواء الذي تتناوله من أقراص bricanyl, clenil, bronchodil إضافة انها تعاني من الأم المفاصل حيث تقول: "مرات يوجعوني ركيبا حتي نحس عظاميتمزقو .." كما أنها تستعمل مخففات الألم antibiotique angmmentin لاحظت على الحالة نوع من القلق و التوتر من خلال تحريك يدها ورجليها .

## المقابلة الرابعة :

خصصت هذه المقابلة للتعرف على المعاش النفسي والاجتماعي داخل المركز وعلاقتها مع المقيمين .

كان الاتصال مع الحالة سهلا حيث كانت ردود أفعالها عادية إلا أن علاقتها مع المقيمين محدودة ، حيث صرحت الحالة أن بقية المرضى يسخرون منها لكونها غير متزوجة و يتهمونها بالكذب حول حياتها الشخصية فأصبحت قلقة و متوترة و يظهر ذلك من خلال محتوى كلماتها المعبرة عن القلق و الخوف أما فيما يخص وجدها في المركز فهي متقبلة لذلك بالرغم من ذلك

تفضل الإنعزال و البقاء وحيدة إلا أن الحالة تتكلم بطريقة متفائلة و بشوشة و تضحك باستمرار كما أنها تدرس باحدى المؤسسات محو الأمية مما يساهم بتحكم بوضعيتها .

#### المقابلة الخامسة :

من خلال المقابلات السابقة خصصت هذه المقابلة تطبيق الاختبار للقلق تايلور ، وما لاحظناه على الحالة تحب الوحدة والانعزال كلامها متفائل عندها شك و قلة الثقة بالناس المحيطين بها لهذا تعاني من القلق و الخوف الشديد .

#### المقابلة السادسة :

خصصت هذه المقابلة للتعرف على طبيعة التكفل النفسي و الطبي للحالة من خلال التفريغ عن الرغبات و المكبوتات للتخفيف عن متاعب الحياة اليومية التي عاشتها و الشعور بالرحمة و الطمانينة بالإضافة للحوار و الاستماع للحالة فهي مهمة بالنسبة للمسن للتعبير عن حالته في الوضع الراهن و تشجيع الحالة لإلتقاء بأشخاص المتواجدين بالمركز عن طريق الاحتكاك بهم .

#### نتائج إختبار القلق للحالة :

لم نجد معارضة من طرف الحالة في تطبيق الاختبار تجاوبت مع كل الاسئلة و تفهم بسهولة , حصلت الحالة على درجة 31 من إختبار القلق و الدرجة التي تحصلت عليها محصورة من " 30 \_ 50" و هذا ما يشير على انها تعاني من قلق شديد جدا من خلال اجوبتها في إختبار و هذا القلق يشكل لها إضطرابات النوم من خلال البنود " نوم مضطرب و متقطع " و " كثيرا اشعر بالتوتر لدرجة اعجز عن النوم " و في إجابتها من خلال " انا دائما اشعر بالجوع " . كما يظهر القلق من الاعراض الجسمية " اعاني كثيرا من الاسهال " دائما تشعر الحالة بالقلق دون مبرر على ذلك زيادة نقص الثقة بالنفس مع الشعور بالغم و التوتر " يمر علي ايام لا انام بسبب القلق " و " عادة لا اكون هادئا و اي شيء يستثيرني " . من خلال نتائج إختبار على الحالة و الملاحظات العيادية تبين انها تعاني من قلق شديد جدا تحاول التخفيف منه بكل الطرق لتحقيق الصحة النفسية جيدة .

#### إستنتاج عام للحالة :

لقد إستنتجت من خلال المقابلات و تطبيق إختبار الذي قمت به مع الحالة " ز. م " تبلغ من العمر 70 سنة , متوسطة القامة , ذات بشرة سمراء ممتلئة الوجه بالإضافة انها سميئة فهي عزباء لديها ثلاثة إخوة هي و حيدة بين الذكور , عاشت الحالة مع اخوه الاكبر متزوج و عنده 3 اطفال كانت علاقة غير جيدة مع زوجة الاخ الذي كان عاطل عن العمل حيث يعاملونها معاملة سيئة حيث تذكر الحالة : " كانت باغيا تقتلني و دارت عليا جاسوس " . كانت نظراتها غير مباشرة عندما تتحدث تغمض عينيها قليلا , فقد طردوها إلى الشارع حتى إلتحقت بالدار الرعاية كانت تشعر بالوحدة و تبقى دائما في غرفتها , فاجريت معها ستة المقابلات يعني تتميز بالسلوكات عادية و تم تطبيق إختبار لتايلور , و اثبت انها تعاني من قلق شديد جدا يظهر على الحالة القلق و التوتر اثناء الكلام تستعمل اليد بكثرة مع إرتجاف الرجل و احيانا تكون بشوشة كثيرة امثال وتضحك باستمرار .

## جدول رقم (07): سير المقابلات مع الحالة السادسة:

المقابلات	تاريخها	مدتها	مكان اجرائها	الهدف منها
1	2017/2/27	15 د	غرفة الحالة	. تم التعرف على الحالة و محاولة كسب الثقة و أخذ المعلومات الأولية
2	2017/3/06	45 د	غرفة الحالة	. تم التطرق الى الجانب الاسري و نوعية العلاقة داخل الاسرة و وصولا الى سبب الدخول الى المركز.
3	2017/3/13	35 د	غرفة الحالة	. تم فيها التعرف على مختلف الامراض التي يعاني منها الحالة مع التركيز على الجانب الصحي من خلال التعرف على مدى العناية بهم من حيث المتابعة الطبية .
4	2017/3/19	40 د	غرفة الحالة	. تم التعرف على المعاش النفسي الاجتماعي للحالة من خلال العلاقة داخل المركز مع المقيمين .
5	2017/3/26	20 د	غرفة الحالة	. تم فيها تطبيق الاختبار القلق لتايلور .
6	2017/4/03	45 د	غرفة الحالة	. التكفل النفسي للحالة.

تقديم الحالة السادسة :

البيانات الأولية :

الاسم : د . ف .

السن : 60 سنة .

الجنس : انثى .

الحالة الاجتماعية : متزوجة .

عدد الاخوة : 6 إخوة رتبها الاصغر

مدة الإقامة بالمركز : شهرين

السوابق المرضية : ضغط الدم .

السيمائيات و السلوك العام :

الجانب المورفولوجي : تتميز الحالة "ف" بالقصر القامة , بيضاء البشرة , لون العينين بنيتين , لون الشعر ابيض , مهتمة بهندامها من حيث النظافة .

السلوك : يتسم السلوك الحالة بالهدوء من دون اية المشاكل و علاقتها جيدة مع المقيمين .

النوم : نوم عادي .

الاكل : لديه اكل عادي و في وقته .

النظافة : نظيفة من حيث الجسم و اللباس .

إلتصال : كان إلتصال سهل مع الحالة , لغة سليمة و مفهومة و احيانا تتحدث بالفرنسية , محتوى الكلام واضح .

النشاط العقلي : تتميز بالذاكرة جيدة لم يتخللها اي إضطراب .

النشاط الحركي : تتميز بالسلوكات عادية و الجسم سليم .

عرض المقابلات :

المقابلة الاولى :

خصصت هذه المقابلة للتعرف على الحالة للجمع المعلومات و محاولة كسب ثقتها , و تدعيم الثقة بتوضيح اخلاقيات مهنتنا رغم كبر سنها إلا انها تبدو بحالة جيدة ذات مظهر انيق و نظيف , تصرفات عادية هادئة بشوشة طوال الوقت كانت تضحك و تبتسم و رحبت بي و ابدت تقبلها للإجراء المقابلات , بعد ان وضحت لها الهدف من هذه المقابلة و التعريف بدورنا كخصائين النفسانيين .

## المقابلة الثانية:

لقد ركزنا في هذه المقابلة على الجانب الاسري و نوعية العلاقة داخل الاسرة . تذكر الحالة اشياء قليلة عن طفولتها تعيش في عائلة تتكون من 6 افراد تزوجت الحالة "ف" في فرنسا من رجل طبعاً جزائري حيث تذكر: " راجلي وجدلي ورقيا وداني نعيش في فرنسا . " ثم إكتشفت بان الرجل متزوج وله الاولاد و " انادارني *deuxieme femme* . " كانت الحالة غير مهتمة و اللامباليا بهذه الزوجة ربت ثلاث الاولاد بنت و إثنان ذكور كانت الطفلة تبلغ من العمر 18 سنة تسيء معاملتها حيث تذكر: " تخرجتسهر ليالي كي ننصح ماتديهاش فيا و تقولي ما تدخليش . " فالحالة تتمنى من ان تنجب الاطفال و زوجها منعها من ذلك تصرح: " قتلته راني باغي نجيب ذراري قالي انا عندي ولادي . "

قررت الحالة العودة إلى بلدها ذهبت للعيش عند اخوها لمدة ثلاثة اشهر, فطردها زوجة اخوها فلم تستطيع البقاء التحقت بالدار الرعاية بمفردها دون ان يعلم بها احد .

## المقابلة الثالثة :

خصصت هذه المقابلة للتعرف على الجانب الصحي للحالة , لاتعاني من اية الامراض العضوية صحتها الجسمية سليمة وتشعر ببعض آلام في راسها بسبب الضجيج الذي يقوم بها بعض المرضى , كما انها تعاني من إرتفاع الضغط الدموي و يتم فحصها دوريا عند الطبيب , حيث تتناول ادوية منها *Aspe gic . Anlor* الذي تعاني منه مدة طويلة .

## المقابلة الرابعة :

خصصت هذه المقابلة للتعرف على المعاش النفسي و إجتماعي للحالة "ف" داخل المركز و علاقتها مع مقيمين . كان إلتصال مع الحالة سهلا و رودود افعالها عادية معبرة عن التعاون , تتميز بالهدوء و النفاءل في كلامها حيث تذكر الحالة : " الحمدللهما عندي حتى مشكلراني عايشة هنا ما خصني والو . " حيث تشعر بالحالة بالامن و الطمانينة و عدم المعاناة من مشاكل مع المقيمين تقول : " انا نحب الناس و الناس يحبوني علافتي معهم مليحة . " تاقلمها مع المحيطين بها و علاقتها إجتماعية جيدة .

## المقابلة الخامسة :

من خلال المقابلات السابقة خصصت هذه المقابلة للتطبيق إختبار القلق للتاييلور , من خلال ما لاحظناه فالحالة تحب إلتدماج مع المقيمين , كلامها متفاءل و تبتم قليلا , كانت متجاوبة معي في الاسئلة المطروحة .

## المقابلة السادسة :

خصصت هذه المقابلة إلى طبيعة التكفل النفسي و الطبي للحالة "ف" فه لا تحتاج إلى التكفل الطبي لان الحالة الصحية سليمة لاتعاني من اية الامراض العضوية تقول : " و الله ما عندي حتى مرض . " اما من الناحية اتكفل النفسي للمسنين عن طريق الحوار و الإستماع و تطبيق إختبار القلق الذي نقوم به من اجل تحسين حالة المسن و إخراجهم من الوحدة و العزلة التي يعانون منها .

نتائج إختبار القلق للحالة السادسة:

بعد تطبيق مقياس تايلور للقلق على الحالة "د. ف" تحصلت عليها محصورة ما بين "30\_ 50" ان هذه الحالة تعاني من قلق شديد جدا من خلال اجوبتها على الاسئلة كما يظهر القلق في الاعراض الجسمية مثل "تصبيبي نوبات من الغثيان" و ايضا " قليل ما يحصل ليحالاتاكتضايقي". زيادة علندلك نقص الثقة بالنفس مع الشعور بالتوتر و القلق " اناشخص متوتر جدا " نا لاثق في نفسي ". نحاول التخفيف من القلق الذي تعاني منه الحالة من خلال التنفيس عما يجول بخاطرها وزرع ثقها في نفسها .

### إستنتاج عام للحالة :

تبلغالحالةمنالعمر 60 سنة, قصيرة القامة . بيضاء البشرة . مهتمة بالنظافة جسمها و اللباسها, متزوجة من رجل متزوج و لديه 12 ولدا عاش ثلاثة الاولاد مع ابوهم و هي البنت الاصغر بين إخواتها ,كانت العلاقة غير جيدة مع الاولاد زوجها خاصة بنت الاكبر سننا فالحالة علاقتها جيدة زوجة الاولى و احيانا تزورها في المنزل فتستقبلها احسن إستقبال بالرغم من انها لم تنجب الاطفال , لاحظت على الحالة الهدوء التام في كلامها و سلوكياتها و ثقيلة في حركاتها , ثم إلتحقت بالمركز من دون علم احد , و علاقتها محدودة مع المقيمين معها , تبقى كثيرا في غرفتها حتى ان يجهز وقت الفطور . تود الخروج من ذلك المركز و تعود إلى فرنسا نظرا لنقص إمكانياتها المادية و بعد تطبيق مقياس القلق يظهر عليها انها تعاني من القلق شديد جدا .

### 2- تحليل و مناقشة نتائج الدراسة :

بعد عرض محتوى المقابلات التي اجريت مع الحالات و نتائج الاختبار الذي طبق عليهم , سوف نتطرق الى مناقشة و تحليل هذه النتائج ردا على تساؤلات الدراسة :

### جدول (08): يوضح نتائج مقياس تايلور للقلق :

الحالات	الحالة 1	الحالة 2	الحالة 3	الحالة 4	الحالة 5	الحالة 6
مجموع درجات القلق	30	32	34	32	31	33
نوع القلق	شديد جدا	شديد جدا	شديد جدا	شديد جدا	شديد جدا	شديد جدا

نلاحظ في الجدول النتائج المتحصل عليها من خلال تطبيق مقياس تايلور للقلق على الحالات , حيث كانت درجاتهم تتراوح بين 30 الى 50 درجة , دليل على انها تعاني من القلق بدرجة شديدة جدا .

تبين من خلال مناقشة نتائج المقياس و المقابلات ان تواجد المسن في بيئة غير بيئته يؤثر على تكييفه النفسي و الاجتماعي ويؤدي الى ظهور الامراض و الاضطرابات النفسية و خاصة القلق مما ينتج عنه تدهور الحالة النفسية للمسن , فقد وضحت مرجريت بتلنشر 1967 ان هناك علاقة بين المسنين و تغيير مكان الاقامة , وتؤكد ان انماط سلوك المسنين لاتنبع من الفراغ وانما هي نتيجة مباشرة للتفاعل بين الفرد و البيئة . ان اهم ما يميز المسنين هو النظرة السلبية للمحيط .

كما اوضحت النتائج ان المسنين المقيمين بدار الرعاية يعانون من القلق بدرجة شديدة , حيث ان المعاش النفسي للحالات يميزه الحزن و الاكتئاب و الاحباط و قنوطهم من الحياة و العزلة نتيجة عدم اقامة علاقات فيما بينهم .

التكفل النفسي بهذه الفئة يخفف عنهم معاناتهم و شعورهم بالقلق والاكتئاب و الوحدة و العزلة و الفراغ من خلال اجراء مقابلات عيادية لتنفيذ عن انفعالات و صراعات المسن , و مساعدته على تحقيق تكيفه و توافقه النفسي و الاجتماعي عن طريق اشراك المسنين في النشاطات التي تقام داخل المركز .

الحالات صرحت انها ليست راضية عن تواجدها بالمركز و ان لديها الرغبة في الخروج وهذا يدل ان الحالات لم تحقق تكيف مع محيطها , مما يؤكد ان الاسرة هي البيئة و المحيط الأهم الذي يحصل بداخله المسن على اشباع حاجاته النفسية و الجسدية و الاجتماعية , ويشعر فيها بالامن و الاستقرار و هذا يتفق مع نتائج دراسة غندور 1990 التي تعدّ دور الرعاية ليست المكان الطبيعي للمسن الذي يحتاج في هذه المرحلة العمرية الى مزيد من الرعاية و العطف و تقديم الخدمات له .

بعض الحالات تعاني من امراض سيكوسوماتية كضغط الدم و الام المفاصل , و الداء السكري , و الام في الرأس و المعدة , و فقدان الشهية , اضطرابات في النوم و الاكل , اضطرابات القلب و التنفس مما يزيد من خطورتها اذا كانت الحالة النفسية للمسن سيئة , فهي امراض عضوية ترجع اسباب الاصابة بها الى اصول نفسية .

### 3- مناقشة الفرضيات :

من خلال المقابلات التي اجريت مع الحالات تبين لنا انها تعاني من القلق , وذلك من خلال تطبيق مقياس تايلور للقلق و قد تحصلت الحالات على درجات تعبر عن شعورها بالقلق , حيث كانت النتائج المتحصل عليها تتراوح بين 30 الى 50 درجة كما هو موضح في الجدول السابق , اذ نجد الحالات المتواجدة بالمركز تعاني من القلق بدرجة مرتفعة و هذا ما يؤكد صحة الفرضية الاولى , تتفق هذه النتيجة مع دراسة عزت سيد 1983 التي ترى ان للمسن و المسنات الموجودين في دور الرعاية الاجتماعية مشاكلهم الخاصة بهم كفقدان الشهية و آلام المعدة و ضعف القدرات العقلية العامة و القلق و كذلك فقدان القدرة على المشاركة في النشاطات الاجتماعية , كما اكدت ذلك دراسة عودة 1986 التي بينت ان المسنين المقيمين بدور الرعاية الاجتماعية هم اكثر معاناة بالنسبة للأمراض الجسمية و النفسية من الذين يعيشون في اسرهم , و تتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة حسن عبد المعطي التي بينت ان حالة القلق في مرحلة الشيخوخة سمة مميزة للأفراد كلما تقدموا في السن زاد مستوى القلق لديهم , قلق الصحة , قلق التقاعد , قلق الانفصال , قلق الموت .

كما ان للتكفل النفسي دور و فاعلية للتخفيف من حدة القلق لدى الاشخاص المسنين المقيمين بدار الرعاية , بعد اجراء المقابلات مع الحالات و التنفيذ عن انفعالاتهم , لا حظنا ان الحالات اصبحوا اقل قلقا .

حيث ان التكفل النفسي ضرورة لا بد منها بالمسنين المقيمين بدار الرعاية , حيث ان التكفل النفسي يخفف من الالم النفسي هذا ما ظهر عند الحالات في ارتياحها لنا و جعلها تشعر بالاطمئنان و احساسها بالامان لانه يوجد من يسمعها , و توجيه اهتمامها الى اشياء اخرى و ملء فراغها للتخلص من مشاعر القلق و الغضب و تعزيز الثقة بالنفس .

ان الصحة النفسية للمسن هي نتاج عوامل نجاح وفشل و سرور واحباط و اخفاقات و تكيف و صراع وهي في مجملها عناصر تجعلنا نهتم اكثر بالمسنين من الناحية النفسية و الصحية و رعايتهم و مدى قدرتهم على التكيف مع هذه المرحلة العمرية المتأخرة من العمر مع الاخرين , وخاصة انه يفتقد الى الزوجة و الاولاد و عدم الامان المادي ثم نظرة المجتمع اليه , ان نفسية المسن تستدعي ان يكون له موقع في البيئة الجديدة و مجموعة يتبادل الحديث معها كونه يحلو له الحديث عن الماضي و الذكريات القديمة , كما يتجه التفكير لديهم الى البطء و التحفظ و الهدوء و السكينة لانهم ليسوا على عجلة من امرهم , كما ان قدرتهم العقلية لاتلي السرعة المطلوبة الفائقة في الاجابة , يجب مراعاة هذه القدرة العقلية , كما ان لهذه المرحلة العمرية خصائصها و سماتها النفسية التي تميزها عن باقي المراحل المرية السابقة .

## التوصيات :

- تكوين كفاءات بشرية للاهتمام بالمسنين مع مراعاة الجانب الانساني بالدرجة الاولى .
- التخفيف من درجة القلق لدى المسنين المقيمين بدار الرعاية .
- العمل على تفهم مشاعر واحتياجات المسن ومشكلاته والصعوبات التي يعاني منها , و مناقشة مخاوفه و اسباب قلقه و حيرته .
- السعي لبناء برامج تقويمية وعلاجية تساعد المسنين على التكيف النفسي مع دار الرعاية .
- مساعدة المسن على التكيف وتقبل ذاته و احداث حالة من التوافق النفسي والاجتماعي لديه .
- المتابعة النفسية للمسنين داخل المركز.
- اقامة نشاطات ترفيهية لاجراج المسنين من دائرة الحزن والانطواء والاكتئاب واليأس .
- تعزيز الثقة في نفوس المسنين .
- اقامة برامج تكفل للتخفيف من شدة القلق والتشاؤم والعزلة لديهم داخل المركز.
- وضع قوانين لردع الابناء الذين يتخلون عن مسؤولياتهم اتجاه ابائهم للحد من هذه الظاهرة .
- خلق جو اسري داخل المركز لتحسيس المسن بالراحة النفسية والطمأنينة .
- توفير الخدمات الطبية والنفسية والاجتماعية والترويحية وغيرها من صور الرعاية .
- توفير الامكانيات اللازمة سواء كانت بشرية او مادية وهذا قصد ضمان الارتياح النفسي للمسن .

## قائمة المراجع :

- احمد عكاشة (2010) , الطب النفسي المعاصر , طبعة 5 , مكتبة الانجلو المصرية .
- إبراهيم عبد الستار (1998) , الإكتئاب إضطراب عالم العصر الحديث (فهمه و اساليب علاجه) , ب . ط , عالم المعرفة , لبنان .
- إجلال محمد سري (2000) , علم النفس العلاجي , عالم الكتب للنشر و التوزيع , طبعة 2 , القاهرة .
- امين ساعاتي (1991) , تبسيط كتابة البحث العلمي المركز السعودي للدراسات الإستراتيجية , ط . 1 , المملكة العربي السعودية .
- الازراق بو علوة (1993) , الإنسان و القلق , دارسينا للنشر و التوزيع , القصر العيني , ط . 1 , القاهرة .
- بيرني كوردين و آخرون (2008) , العلاج المعرض السلوكي المختصر, إيتراك للنشر و التوزيع , ط . 1 , القاهرة .
- بن عيسى زغبوشي و إسماعيل علوي (2011) , الإرشاد النفسي المعرفي و الوساطة التربوية , عالم الكتاب الحديث , ط . 1 , عمان , الاردن .
- بشيري صالح الرشيد (2000) , مناهج البحث التربوية رؤية تطبيقية مبسطة , دار الكتابة الحديثة , ط . 1 , الكويت .
- توفيق بن احمد النجار (2008) , الرعاية الصحية للمسنين في دول مجلس التعاون الدول , المكتب التنفيذي لمجلس الوزراء الصحة الدول , الخليج العربية .
- جمال متقال قاسم و الآخرون (2000) , الإضطرابات السلوكية , دار صفاء , ط . 1 , عمان , الاردن .
- جودت عزت عبد الهادي و سعيد حسني العزة (1999) , مبادئ التوجيه و الارشاد النفسي , مكتبة الثقافة للنشر و التوزيع , ط . 1 , الاردن .
- حامد زهران (1997) , الصحة النفسية و العلاج النفسي , عالم الكتب , طبعة 3 , القاهرة , مصر .
- حسين فايد (2004) , علم النفس الإكلينيكي , مؤسسة طبية للنشر و التوزيع , ط . 1 , القاهرة , مصر .
- جمال ابو دلو (2008) , الصحة النفسية , دار الاسامة للنشر و التوزيع , طبعة 1 , عمان , الاردن .
- رافت عسكر (2004) , علم النفس الإكلينيكي التشخيص و التنبؤ في ميدان الإضطرابات النفسية و العقلية , مدرسة علم النفس باداب الزقازيق , ب . ط , مصر .
- زينب شقير (2002) , علم النفس العيادي و المرضي للاطفال و الراشدين , الفكر للطباعة و النشر و التوزيع , ط . 1 , عمان , الاردن .
- زيزي السيد إبراهيم (2005) , العلاج المعرفي للإكتئاب , دار غريب للطباعة و النشر و التوزيع , ب . ط , عمان , الاردن .
- سهيل كامل احمد (1999) , التوجيه و الإرشاد النفسي , مركز الإسكندرية للكتاب , ب . ط , مصر .
- سليم أبو عوض (2008) , التوافق النفسي للمسنين , دار أسامة للنشر و التوزيع , ط . 1 , الأردن .
- سامي محمد ملحم (2000) , مناهج البحث في التربية و علم النفس , دار المسيرة للنشر و التوزيع , ط . 1 , عمان , الاردن .
- صالح حسين الدايري (2008) , سيكولوجية الإبداع و الشخصية , دار الصفاء للنشر و التوزيع , ط . 1 , عمان , الاردن .
- وهيب مجيد الكبيسي , ب . ت , علم النفس العام , دار الكندي للنشر و التوزيع , الاردن .

- عبد اللطيف محمد خليفة (2008) , دراسات في سيكولوجية المسنين , دار غريب للطباعة و النشر و التوزيع , ب . ط . القاهرة .
- 2- عبد الرحمان العيسوي (1990) , العصبية النفسية و ال ذهانات العقلية (بحث ميداني للأمراض العقلية و النفسية الشائعة ) , دار النهضة العربية , ب . ط . بيروت , لبنان .
- عبد الحميد محمد الشاذلي (2001) , الصحة النفسية , المكتبة الجامعية الإسكندرية , ط . 3 , مصرز
- عبد الكريم قاسم ابو الخير (2004) , اساسيات التمريض في الامراض العقلية و النفسية دار وائل للنشر و التوزيع , ط . 1 . عمان , الاردن .
- عمار بخوش (1999) , محمد محمود الذنبيات , مناهج البحث العلمي و طرق إحداث البحوث , ب . ط . ديوان المطبوعات الجزائرية , الجزائر .
- عبد المنعم الميلادي (2006) , الاعراض و الإضطرابات , مؤسسة شباب الجامعة , ب . ط . الإسكندرية .
- فيصل محمد خير الله الزراد (1983) , الامراض العقلية الذهان الوظيفي و العضوي , دار القلم للنشر , ط . 1 , بيروت , لبنان .
- فخري الدباغ (1983) , اصول الطب النفسي , دار الطليعة للنشر و التوزيع , بيروت .
- فيصل عباس (1996) , الإختبارات النفسية تقنياتها و إجراءاتها , دار الفكر العربي , ط . 1 , بيروت , لبنان .
- لويس كامل مليكة (2009) , العلاج النفسي , دار الفكر للنشر و التوزيع , ط . 1 , عمان , الاردن .
- مساري حسن الراوي (2009) , سيكولوجية الشيخوخة , دار الياقوت للطباعة و النشر , ط . 1 , عمان .
- محمد السعيد ابو حلاوة (2005) الإكتئاب لدى الاطفال و المراهقين , كلية التربية , ط . 1 , جامعة بدمهور , الإسكندرية .
- محمد نبيل عبد الحميد (1999) , العلاقات الاسرية للمسنين و توافقهم النفسي , دار الفنية للنشر و التوزيع , ط . 1 , الإسكندرية .
- مصطفى فهيم (1989) , المصلحة النفسية , المكتب الجامعي الحديث محطة الرمل , ط . 1 , الإسكندرية , مصر .
- محمد إبراهيم الفيومي (1985) , القلق الإنساني , دار الفكر العربي , ط . 3 , القاهرة .
- محمد حمدي الحجاز (1994) , علم النفس المرضي , دار النهضة العربية , ط . 1 , بيروت .
- محمد حسن غانم (2009) , مقدمة في علم النفس الإكلينيكي , تقييم , تشخيص , العلاج , المكتبة المصرية للنشر و التوزيع و الطباعة , ط . 1 , القاهرة .
- محمد عبيدات و الآخرون (1999) , منهجية البحث العلمي القواعد و المراحل النشرات , دار وائل للنشر و الطباعة , ط . 1 , عمان .

مصطفى محمد الفقي (2008), رعاية المسنين بين العلوم الوضعية و التطور الإسلامي ,المكتب الجامعي الحديث , الإسكندرية.

-محمد جاسم العبيدي (2004) , مكتبة دار الثقافة للنشر و التوزيع , ط . 1, عمان .

- هدى محمد قناوي (1981), سيكولوجية المسنين مركز التنمية البشرية و المعلومات طبعة . 1, مصر .

- هاموث بنبشي و الآخرون (2003), علم النفس , المكتبة الشرقية , ط. 1, بيروت , لبنان .

- كاظم ولي اغا (1981), علم النفس الفزيولوجي , منشورات دارالافاق الجديدة , بيروت .

مذكرات باللغة العربية :

زعتن نور الدين (2009), فعالية نموذج علاجي نفسي إسلامي مقترح في تخفيف القلق (قلق ما قبل العملية الجراحية) , رسالة ماجستير , جامعة محمد خيضر , بسكرة .

سامر جميل رضوان (2000), الصورة السورية لمقياس بيك (دراسة ميدانية على عينة من طلاب , جامعة دمشق .

صاغي نورة (1994) , إختبار صلاحية بعض ادوات التقدير السيكلوجي في تشخيص الفصام , رسالة ماجستير , علم النفس و علوم التربية , الجزائر .

وجدي محمد بركات (2010) , دمج المقيمين في دور الايواء و المؤسسات الاجتماعية بالمجتمع , التدخل المبني مع المسنين لدمجهم بالمجتمع كنموذج تطبيقي , دراسة نفسية , جامعة ام القرى .

مذكرات باللغة الفرنسية :

- Janine chanteur (2002) ; vieillir : angoise our esperence ? EDITINS SCIENTIFIQUES ET MEDICALES  
Jean claud (1997) ,vieillesse et age, sante puplique ; n 21 . DECEMBRE.
- MATINE SAMORA ( 2007) ;la vieillesse accompagnee en psychotherapie .

القواميس :

قاموس المنجد في اللغة العربية المعاصرة , (2000), دار المشرق ط . 1, لبنان .

معجم اللغة العربية 1990 .

عبد القادر المعيري ب .ت القاموس الجديد ب .ط , الشركة التونسية للتوزيع .

المجلات:

جولتان الحجازي و عطايف ابوغالي (2009), مشكلات المسنين (الشيخوخة) و علاقتها بالصلابة النفسية , دراسة ميدانية على عينة من المسنين الفاسطيين في محافظات عزة مجلة جامعة النجاح للإبحاث (العلوم الانسانية) , عدد 24 ,

مقياس تايلور للقلق الصريح

الحالة الأولى:

م	العبارة	نعم	لا
1	نومي مضطرب ومتقطع	✓	
2	مخاوفي كثيرا جدا بالمقارنة باصدقائي		✓
3	يمر علي ايام لاناام بسبب القلق	✓	
4	اعتقد اني اكثر عصبية من الاخرين	✓	
5	اعاني كل عدة ليالي من كوابيس مزعجة	✓	
6	اعاني من الالام بالمعدة في كثير من الاحيان	✓	
7	كثيرا جدا الاحظ ان يداي ترتعش عندما اقوم باي عمل	✓	
8	اعاني الكثير من الاسهال	✓	
9	تثير قلقي امور العمل والمال	✓	
10	تصيبني نوبات من الغثيان	✓	
11	اخشى ان يحمر وجهي خجلا	✓	
12	دائما اشعر بالجوع	✓	
13	انا لاثق بنفسي	✓	
14	اتعب بسهولة	✓	
15	الانتظار يجعلني عصبيا	✓	
16	كثيرا اشعر بالتوتر لدرجة اعجز عن النوم	✓	
17	عادة لاكون هادئا .واي شي يستثيرني	✓	
18	تمربي فترة التوتر لاستطيع الجلوس طويلا	✓	
19	انا غير سعيد في كل وقت	✓	
20	من الصعب علي جدا التركيز اثناء اداء العمل	✓	
21	دائما شاعر بالقلق من غير مبرر	✓	
22	عندما اشاهد مشاجرة ابتعد عنها	✓	
23	اتمنى ان اكون غير سعيدا مثل الاخرين	✓	
24	دائما ينتابني شعور بالقلق على اشياء غامضة	✓	
25	اشعر بانني عديم الفائدة	✓	
26	كثيرا اشعر بانني سوف انفجر من الضيق والضجر	✓	
27	اعرق كثيرا بسهولة حتى في الايام الباردة	✓	
28	الحياة بالنسبة لي تعب ومضايقات	✓	

	✓	أنا مشغول دائما أخاف من المجهول	29
✓		أنا بالعادة أشعر بالخجل من نفسي	30
	✓	كثيرا ما أشعر ان قلبي يخفق بسرعة	31
	✓	أبكي بسهولة	32
✓		خشيت أشياء وأشخا صلا يمكنهم إ ذاتي	33
	✓	أتأثر بالاحداث	34
	✓	أعاني كثيرا من الصداع	35
✓		أشعر بالقلق على أمور وأشياء لا قيمة لها	36
✓		لا أستطيع التركيز في شيء واحد	37
	✓	من السهل جدا أن أرتبك وأغلط لما أعمل شيء أرتبك بسهولة	38
	✓	أشعر بأني عديم الفائدة أعتقد أحيانا أني لا أصلح بالمره	39
	✓	أنا شخص متوتر جدا	40
✓		عندما أرتبك أحيانا أعرق ويسقط العرق مني بصورة تضايقي	41
✓		يحمروجهي خجلا عندما أتحدث للآخرين	42
	✓	أنا حساس أتر من الآخرين	43
	✓	مرت بي أوقات عصبية لم أستطع التغلب عليها	44
	✓	أشعر بالتوتر أثناء قيامي في العادة	45
✓		يديا وقدماي باردتان في العادة	46
	✓	أنا غالبا أحلم بحاجات من الأفضل أن لا أخبرها أحد	47
	✓	تنقصني الثقة بالنفس	48
	✓	قليل ما يحصل لي حالات امسك تضايقي	49
✓		يحمروجهي من الخجل	50

مقياس تايلور للقلق الصريح

الحالة الثانية:

م	العبارة	نعم	لا
1	نومي مضطرب ومتقطع		✓
2	مخاوفي كثيرا جدا بالمقارنة باصدقائي		✓
3	يمر علي ايام لانام بسبب القلق	✓	
4	اعتقد اني اكثر عصبية من الاخرين	✓	
5	اعاني كل عدة ليالي من كوابيس مزعجة	✓	
6	اعاني من الالام بالمعدة في كثير من الاحيان	✓	
7	كثيرا جدا الاحظ ان يداي ترتعش عندما اقوم باي عمل	✓	
8	اعاني الكثير من الاسهال	✓	
9	تثير قلقي امور العمل والمال	✓	
10	تصيبني نوبات من الغثيان	✓	
11	اخشى ان يحمر وجهي خجلا		✓
12	دائما اشعر بالجوع	✓	
13	انا لاثق بنفسي	✓	
14	اتعب بسهولة	✓	
15	الانتظار يجعلني عصبيا	✓	
16	كثيرا اشعر بالتوتر لدرجة اعجز عن النوم	✓	
17	عادة لاكون هادئا .واي شي يستثيرني	✓	
18	تمربي فترة التوتر لاستطيع الجلوس طويلا	✓	
19	انا غير سعيد في كل وقت	✓	
20	من الصعب علي جدا التركيز اثناء اداء العمل		✓
21	دائما شاعر بالقلق من غير مبرر	✓	
22	عندما اشاهد مشاجرة ابتعد عنها	✓	
23	اتمنى ان اكون غير سعيدا مثل الاخرين	✓	
24	دائما ينتابني شعور بالقلق على اشياء غامضة	✓	
25	اشعر بانني عديم الفائدة	✓	
26	كثيرا اشعر بانني سوف انفجر من الضيق والضحجر	✓	
27	اعرق كثيرا بسهولة حتى في الايام الباردة	✓	
28	الحياة بالنسبة لي تعب ومضايقات	✓	

	✓	أنا مشغول دائما أخاف من المجهول	29
✓		أنا بالعادة أشعر بالخجل من نفسي	30
	✓	كثيرا ما أشعر ان قلبي يخفق بسرعة	31
	✓	أبكي بسهولة	32
✓		خشيت أشياء وأشخا صلا يمكنهم إ ذاتي	33
	✓	أتأثر بالاحداث	34
	✓	أعاني كثيرا من الصداع	35
	✓	أشعر بالقلق على أمور وأشياء لا قيمة لها	36
	✓	لا أستطيع التركيز في شيء واحد	37
	✓	من السهل جدا أن أرتبك وأغلط لما أعمل شيء أرتبك بسهولة	38
	✓	أشعر بأني عديم الفائدة أعتقد أحيانا أني لا أصلح بالمرّة	39
	✓	أنا شخص متوتر جدا	40
	✓	عندما أرتبك أحيانا أعرق ويسقط العرق مني بصورة تضايقي	41
✓		يحمروجهي خجلا عندما أتحدث للأخرين	42
	✓	أنا حساس أتر من الآخرين	43
	✓	مرت بي أوقات عصبية لم أستطع التغلب عليها	44
	✓	أشعر بالتوتر أثناء قيامي في العادة	45
	✓	يديا وقدماي باردتان في العادة	46
	✓	أنا غالبا أحلم بحاجات من الأفضل أن لا أخبرها أحد	47
	✓	تنقصني الثقة بالنفس	48
✓		قليل ما يحصل لي حالات امساك تضايقي	49
	✓	يحمروجهي من الخجل	50

مقياس تايلور للقلق الصريح

الحالة الثالثة:

م	العبارة	نعم	لا
1	نومي مضطرب ومتقطع	✓	
2	مخاوفي كثيرا جدا بالمقارنة باصدقائي		✓
3	يمر علي ايام لانام بسبب القلق		✓
4	اعتقد اني اكثر عصبية من الاخرين		✓
5	اعاني كل عدة ليالي من كوابيس مزعجة	✓	
6	اعاني من الالام بالمعدة في كثير من الاحيان	✓	
7	كثيرا جدا الاحظ ان يداي ترتعش عندما اقوم باي عمل	✓	
8	اعاني الكثير من الاسهال		✓
9	تثير قلقي امور العمل والمال	✓	
10	تصيبني نوبات من الغثيان	✓	
11	اخشى ان يحمر وجهي خجلا	✓	
12	دائما اشعر بالجوع	✓	
13	انا لاثق بنفسي		✓
14	اتعب بسهولة	✓	
15	الانتظار يجعلني عصبيا	✓	
16	كثيرا اشعر بالتوتر لدرجة اعجز عن النوم	✓	
17	عادة لاكون هادئا .واي شي يستثيرني	✓	
18	تمربي فترة التوتر لاستطيع الجلوس طويلا	✓	
19	انا غير سعيد في كل وقت		✓
20	من الصعب علي جدا التركيز اثناء اداء العمل	✓	
21	دائما شاعر بالقلق من غير مبرر	✓	
22	عندما اشاهد مشاجرة ابتعد عنها	✓	
23	اتمنى ان اكون غير سعيدا مثل الاخرين	✓	
24	دائما ينتابني شعور بالقلق على اشياء غامضة		✓
25	اشعر بانني عديم الفائدة	✓	
26	كثيرا اشعر بانني سوف انفجر من الضيق والضحجر	✓	
27	اعرق كثيرا بسهولة حتى في الايام الباردة		✓
28	الحياة بالنسبة لي تعب ومضايقات	✓	

	✓	أنا مشغول دائما أخاف من المجهول	29
✓		أنا بالعادة أشعر بالخجل من نفسي	30
	✓	كثيرا ما أشعر ان قلبي يخفق بسرعة	31
	✓	أبكي بسهولة	32
✓		خشيت أشياء وأشخا صلا يمكنهم إ ذاتي	33
	✓	أتأثر بالاحداث	34
	✓	أعاني كثيرا من الصداع	35
	✓	أشعر بالقلق على أمور وأشياء لا قيمة لها	36
	✓	لا أستطيع التركيز في شيء واحد	37
✓		من السهل جدا أن أرتبك وأغلط لما أعمل شيء أرتبك بسهولة	38
	✓	أشعر بأني عديم الفائدة أعتقد أحيانا أني لا أصلح بالمرّة	39
	✓	أنا شخص متوتر جدا	40
	✓	عندما أرتبك أحيانا أعرق ويسقط العرق مني بصورة تضايقي	41
✓		يحمروجهي خجلا عندما أتحدث للأخرين	42
	✓	أنا حساس أتر من الأخرين	43
	✓	مرت بي أوقات عصبية لم أستطع التغلب عليها	44
	✓	أشعر بالتوتر أثناء قيامي في العادة	45
	✓	يادي وقدماي باردتان في العادة	46
	✓	أنا غالبا أحلم بحاجات من الأفضل أن لا أخبرها أحد	47
	✓	تنقصني الثقة بالنفس	48
✓		قليل ما يحصل لي حالات امساك تضايقي	49
	✓	يحمروجهي من الخجل	50

مقياس تايلور للقلق الصريح

الحالة الرابعة:

م	العبارة	نعم	لا
1	نومي مضطرب ومتقطع	✓	
2	مخاوفي كثيرا جدا بالمقارنة باصدقائي		✓
3	يمر علي ايام لانام بسبب القلق		✓
4	اعتقد اني اكثر عصبية من الاخرين		✓
5	اعاني كل عدة ليالي من كوابيس مزعجة		✓
6	اعاني من الالام بالمعدة في كثير من الاحيان		✓
7	كثيرا جدا الاحظ ان يداي ترتعش عندما اقوم باي عمل		✓
8	اعاني الكثير من الاسهال		✓
9	تثير قلقي امور العمل والمال		✓
10	تصيبني نوبات من الغثيان	✓	
11	اخشى ان يحمروجهي خجلا	✓	
12	دائما اشعر بالجوع	✓	
13	انا لاثق بنفسي	✓	
14	اتعب بسهولة	✓	
15	الانتظار يجعلني عصبيا		✓
16	كثيرا اشعر بالتوتر لدرجة اعجز عن النوم	✓	
17	عادة لاكون هادئا واي شي يستثيرني	✓	
18	تمربي فترة التوتر لاستطيع الجلوس طويلا		✓
19	انا غير سعيد في كل وقت	✓	
20	من الصعب علي جدا التركيز اثناء اداء العمل	✓	
21	دائما شاعر بالقلق من غير مبرر	✓	
22	عندما اشاهد مشاجرة ابتعد عنها	✓	
23	اتمنى ان اكون غير سعيدا مثل الاخرين	✓	
24	دائما ينتابني شعور بالقلق على اشياء غامضة	✓	
25	اشعر بانني عديم الفائدة		✓
26	كثيرا اشعر بانني سوف انفجر من الضيق والضحجر	✓	
27	اعرق كثيرا بسهولة حتى في الايام الباردة		✓
28	الحياة بالنسبة لي تعب ومضايقات	✓	

✓		أنا مشغول دائما أخاف من المجهول	29
	✓	أنا بالعادة أشعر بالخجل من نفسي	30
✓		كثيرا ما أشعر ان قلبي يخفق بسرعة	31
✓		أبكي بسهولة	32
	✓	خشيت أشياء وأشخا صلا يمكنهم إ ذاتي	33
	✓	أتأثر بالاحداث	34
✓		أعاني كثيرا من الصداع	35
	✓	أشعر بالقلق على أمور وأشياء لا قيمة لها	36
	✓	لا أستطيع التركيز في شيء واحد	37
✓		من السهل جدا أن أرتبك وأغلط لما أعمل شيء أرتبك بسهولة	38
✓		أشعر بأني عديم الفائدة أعتقد أحيانا أني لا أصلح بالمره	39
	✓	أنا شخص متوتر جدا	40
✓		عندما أرتبك أحيانا أعرق ويسقط العرق مني بصورة تضايقي	41
✓		يحمروجهي خجلا عندما أتحدث للأخرين	42
✓		أنا حساس أتر من الأخرين	43
	✓	مرت بي أوقات عصبية لم أستطع التغلب عليها	44
✓		أشعر بالتوتر أثناء قيامي في العادة	45
✓		يادي وقدماي باردتان في العادة	46
	✓	أنا غالبا أحلم بحاجات من الأفضل أن لا أخبرها أحد	47
✓		تنقصني الثقة بالنفس	48
	✓	قليل ما يحصل لي حالات امسك تضايقي	49
✓		يحمروجهي من الخجل	50

مقياس تايلور للقلق الصريح

الحالة الخامسة:

م	العبارة	نعم	لا
1	نومي مضطرب ومتقطع		✓
2	مخاوفي كثيرا جدا بالمقارنة باصدقائي		✓
3	يمر علي ايام لانام بسبب القلق	✓	
4	اعتقد اني اكثر عصبية من الاخرين	✓	
5	اعاني كل عدة ليالي من كوابيس مزعجة		✓
6	اعاني من الالام بالمعدة في كثير من الاحيان	✓	
7	كثيرا جدا الاحظ ان يداي ترتعش عندما اقوم باي عمل		✓
8	اعاني الكثير من الاسهال	✓	
9	تثير قلقي امور العمل والمال		✓
10	تصيبني نوبات من الغثيان	✓	
11	اخشى ان يحمر وجهي خجلا	✓	
12	دائما اشعر بالجوع	✓	
13	انا لاثق بنفسي		✓
14	اتعب بسهولة	✓	
15	الانتظار يجعلني عصبيا	✓	
16	كثيرا اشعر بالتوتر لدرجة اعجز عن النوم	✓	
17	عادة لاكون هادئا .واي شي يستثيرني	✓	
18	تمربي فترة التوتر لاستطيع الجلوس طويلا	✓	
19	انا غير سعيد في كل وقت	✓	
20	من الصعب علي جدا التركيز اثناء اداء العمل	✓	
21	دائما شاعر بالقلق من غير مبرر	✓	
22	عندما اشاهد مشاجرة ابتعد عنها		✓
23	اتمنى ان اكون غير سعيدا مثل الاخرين		✓
24	دائما ينتابني شعور بالقلق على اشياء غامضة		✓
25	اشعر بانني عديم الفائدة	✓	
26	كثيرا اشعر بانني سوف أنفجر من الضيق والضحجر	✓	
27	اعرق كثيرا بسهولة حتى في الايام الباردة	✓	
28	الحياة بالنسبة لي تعب ومضايقات	✓	

✓		أنا مشغول دائما أخاف من المجهول	29
	✓	أنا بالعادة أشعر بالخجل من نفسي	30
	✓	كثيرا ما أشعر ان قلبي يخفق بسرعة	31
	✓	أبكي بسهولة	32
✓		خشيت أشياء وأشخا صلا يمكنهم إ ذاتي	33
	✓	أتأثر بالاحداث	34
	✓	أعاني كثيرا من الصداع	35
	✓	أشعر بالقلق على أمور وأشياء لا قيمة لها	36
✓		لا أستطيع التركيز في شيء واحد	37
	✓	من السهل جدا أن أرتبك وأغلط لما أعمل شيء أرتبك بسهولة	38
	✓	أشعر بأني عديم الفائدة أعتقد أحيانا أني لا أصلح بالمره	39
	✓	أنا شخص متوتر جدا	40
	✓	عندما أرتبك أحيانا أعرق ويسقط العرق مني بصورة تضايقي	41
	✓	يحمروجهي خجلا عندما أتحدث للأخرين	42
	✓	أنا حساس أتر من الأخرين	43
	✓	مرت بي أوقات عصبية لم أستطع التغلب عليها	44
	✓	أشعر بالتوتر أثناء قيامي في العادة	45
✓		يديا وقدماي باردتان في العادة	46
	✓	أنا غالبا أحلم بحاجات من الأفضل أن لا أخبرها أحد	47
✓		تنقصني الثقة بالنفس	48
	✓	قليل ما يحصل لي حالات امساك تضايقي	49
	✓	يحمروجهي من الخجل	50

مقياس تايلور للقلق الصريح

الحالة السادسة:

م	العبارة	نعم	لا
1	نومي مضطرب ومتقطع	✓	
2	مخاوفي كثيرا جدا بالمقارنة باصدقائي		✓
3	يمر علي ايام لانام بسبب القلق	✓	
4	اعتقد اني اكثر عصبية من الاخرين	✓	
5	اعاني كل عدة ليالي من كوابيس مزعجة	✓	
6	اعاني من الالام بالمعدة في كثير من الاحيان	✓	
7	كثيرا جدا الاحظ ان يداي ترتعش عندما اقوم باي عمل	✓	
8	اعاني الكثير من الاسهال	✓	
9	تثير قلقي امور العمل والمال	✓	
10	تصيبني نوبات من الغثيان	✓	
11	اخشى ان يحمر وجهي خجلا	✓	
12	دائما اشعر بالجوع	✓	
13	انا لاثق بنفسي	✓	
14	اتعب بسهولة	✓	
15	الانتظار يجعلني عصبيا	✓	
16	كثيرا اشعر بالتوتر لدرجة اعجز عن النوم	✓	
17	عادة لاكون هادئا .واي شي يستثيرني	✓	
18	تمربي فترة التوتر لاستطيع الجلوس طويلا	✓	
19	انا غير سعيد في كل وقت	✓	
20	من الصعب علي جدا التركيز اثناء اداء العمل	✓	
21	دائما شاعر بالقلق من غير مبرر	✓	
22	عندما اشاهد مشاجرة ابتعد عنها	✓	
23	اتمنى ان اكون غير سعيدا مثل الاخرين	✓	
24	دائما ينتابني شعور بالقلق على اشياء غامضة	✓	
25	اشعر بانني عديم الفائدة	✓	
26	كثيرا اشعر بانني سوف انفجر من الضيق والضجر	✓	
27	اعرق كثيرا بسهولة حتى في الايام الباردة	✓	
28	الحياة بالنسبة لي تعب ومضايقات	✓	

	✓	أنا مشغول دائما أخاف من المجهول	29
	✓	أنا بالعادة أشعر بالخجل من نفسي	30
✓		كثيرا ما أشعر ان قلبي يخفق بسرعة	31
	✓	أبكي بسهولة	32
	✓	خشيت أشياء وأشخاص لا يمكنهم إذائي	33
	✓	أتأثر بالأحداث	34
	✓	أعاني كثيرا من الصداع	35
	✓	أشعر بالقلق على أمور وأشياء لا قيمة لها	36
✓		لا أستطيع التركيز في شيء واحد	37
✓		من السهل جدا أن أرتبك وأغلط لما أعمل شيء أرتبك بسهولة	38
	✓	أشعر بأني عديم الفائدة أعتقد أحيانا أنني لا أصلح بالمرّة	39
	✓	أنا شخص متوتر جدا	40
	✓	عندما أرتبك أحيانا أعرق ويسقط العرق مني بصورة تضايقي	41
✓		يحمروجهي خجلا عندما أتحدث للآخرين	42
	✓	أنا حساس أتر من الآخرين	43
	✓	مرت بي أوقات عصبية لم أستطع التغلب عليها	44
✓		أشعر بالتوتر أثناء قيامي في العادة	45
	✓	يდაي و قدماي باردتان في العادة	46
	✓	أنا غالبا أحلم بحاجات من الأفضل أن لا أخبرها أحد	47
✓		تنقصني الثقة بالنفس	48
	✓	قليل ما يحصل لي حالات امسك تضايقي	49
	✓	يحمروجهي من الخجل	50

قائمة الجداول :

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
52	جدول تقرير مستوى القلق عند تايلور	01
55	جدول سير المقابلات مع الحالة الاولى	02
60	جدول سير المقابلات مع الحالة الثانية	03
65	جدول سير المقابلات مع الحالة الثالثة	04
70	جدول سير المقابلات مع الحالة الرابعة	05
74	جدول سير المقابلات مع الحالة الخامسة	06
78	جدول سير المقابلات مع الحالة السادسة	07
81	جدول يوضح نتائج مقياس تايلور للقلق	08