جامعة عبد الحميد بن باديس – مستغانم–

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس العيادي

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس: تخصص علم النفس العيادي والصحة العقلية

الموضوع

طبيعة التكفل بالمسنين في المؤسسة

دراسة ميدانية لثلاث حالات بـ"دار الأشخاص المسنين" لولاية تيارت

إعداد الطالبة:

عيسى ناجية

تحت إشراف الأستاذة :

بن عيسى رحال نوال

السنة الجامعية 2012-2013

كـــلمة شـــكـر

اللهم لك الحمد حمدا كثيرا طيبا مباركا فيه ولك الحمد كما ينبغي لجلالة وجهك الكريم وسلطانك العظيم ،لك الشكر يا رب أولا وأخيرا على ما أنعمته علينا من قوة وصبر وعزيمة لإنجاز هذا البحث

أتقدم بالشكر الجزيل إلى الوالدين الكريمين كما لا تفوتني الفرصة بأن أتقدم بالشكر الخالص إلى أستاذتي المشرفة بن عيسى رحال نوال التي لم تبخل علي بنصائحها وإرشاداتها القيمة

وإلى اساتذة الذين رافقوني في مشواري الدراسي

إلى كل من ساعدني من قريب أو بعيد

إلى من أحبهم قلبي ولم تذكرهم مذكرتي

ولا أنسى أن أتقدم بالشكر للذين كان لهم الفضل في تزويدنا بمعلومات الدراسة الميدانية بـ"دار الأشخاص المسنين"

إهـــداء

إلى روح أبي الغالي رحمه وأدخله الله فصيح جناته

إلى بصري وبصيرتي ونبراس عقلي ومثلي الأعلى وروح قلبي وينبوع الحنان الذي امتلأ بقلبي حنانها وعلمتني أبجديات الحياة

إلى كل ما تعجز كلمات الشكر والوفاء على شكرها

إلى .....أمي الحبيبة**" حليمة"**

إلى قرة عيني إخوتي **"** عبد القادر،أحمد،عبادي،عائشة ،عربية،زهرة،نصيرة**"**

إلى أعزما في الوجود أولاد إخوتي**"** هدى، مريم ،جميلة، رميسة، عائشة ،نادية،خالدية،لينة ،فرح،خنساء، حليمة،محمد،عباس،عبد القادر،أيمن ، مصطفى،ياسر ، أنس**"**

إلى أعز صديقة ورفيقة وحبيبة **"** زهرة**"**

إلى كل صديقاتي**"** فهيمة ، أمال ، سمية، فاطمة ،إسمهان ،حورية ،سارة ،صليحة ،حليمة ،كريمة **"**

مقدمة

المسن هو الشخص الذي تقدم به السن وغير فيه الكثير من الأمور فهو بقدر ما يفقد شبابه يكتسب

الكثير من الأشياء والتجارب التي تجعل منه إنسانا حكيما ومتبصرا، لكن لا يستطيع كل مسن الاحتفاظ بحكمته أو صحته أو عائلته، حيث أن ظروف الحياة متغيرة وصعبة ومؤلمة، فمنهم من يجد نفسه في مراكز الشيخوخة لأسباب مختلفة ومنهم أدخل لتدهور وتردي في الحالة الصحية والنفسية

والاجتماعية لا يجد من يعينه في هذه الحياة ومنهم من دخلها بسبب ظلم الأسرة والتخلي عنه واعتباره عالة على الأسرة.

فقد اتجه المهتمون بأمور الشيخوخة ومشكلات رعاية المسنين إلى تصنيفهم إلى ثلاث فئات الأولى تضم صغار السن الذين تبدأ أعمارهم من سن التقاعد 60سنة أو65سنة وحتى 75سنة، ثم فئة كبار السن 75-85سنة ثم فئة الطاعنين في السن.

وبهذا وجدت مراكز الشيخوخة للتكفل بهذه الفئة من المجتمع التي لا تستطيع سد حاجاتها كمعدومي الدخل ولا مأوى أو معين لهم ولا تستطيع الأسرة تحمل مصاريفه إن كان يعاني من إعاقة أوتخليها عنه فأين هي القيم الإنسانية في المجتمع الجزائري الذي بني على الرحمة والتعاون وبهذا نقوم بطرح هذا الموضوع وهو طبيعة التكفل النفسي بالمسن في المؤسسة.

-تمهيد

إن هذه الدراسة تهدف للو صول إلى بحث في حاجة المسن إلى تكفل نفسي وطبي واجتماعي داخل مركز العجزة، حيث أن هذه الشريحة من المجتمع أصبحت منبوذة واعتبارها عالة على الأسرة والمجتمع من خلال تخلي العائلة عن هذه الفئة ووضعها في مراكز الشيخوخة التي أصبحت في حد ذاتها ظاهرة نفسية اجتماعية .

1-أسباب ودوافع اختيار الموضوع:

إن المجتمع الذي يشهد كل يوم تطورا وتفاقما اقتصاديا وتأهبا للتطور التكنولوجي وهذا ما جعل تراجعا بالاهتمام بالمسنين وبالتالي يشهد تراجعا في مكانتهم بسبب تضاؤل أدوارهم الإنتاجية ، ومن أهم الأسباب :

-زيادة نسبة المسنين، وارتفاع نسبة الاضطرابات المرضية.

- ومن الأسباب البحث عن مواضيع جديدة لا تختص بالجانب النفسي بل تتعداه إلى جوانب اجتماعية

- معرفة الأسباب المؤدية لإيداع هذه الشريحة (كبار السن) إلى المركز .

- معرفة طرق التكفل لهذه الفئة(كبار السن) واكتساب الخبرة المهنية.

2- أهداف الدراسة:

-التقرب أكثر من فئة المسنين داخل المركز ومعايشة أحوالهم النفسية والاجتماعية لمعرفة كيفية التكفل بهم .

- تبيان طبيعة التكفل داخل المؤسسة .

- محاولة فهم هذه الشريحة من كبار السن والعمل على مساعدتها من أجل التكيف.

- توضيح مكانة الأخصائي النفساني ودوره في تحسين حالة المسن وهو متواجد في المركز.

3- أهمية الدراسة: س

تتجلى أهمية الدراسة في أنه دراسة علمية استطلاعية عن الحالة التي يعيشها المسنين داخل المركز من خلال ما تقدمه المؤسسة للمقيمين بها، ولكي نفهم المسن ونساعده علينا أن ندرسه ونتقرب منه وندرس المحيط الذي يعيش فيه، وبهذا نفهم أنفسنا لنفهم الآخر.

4- الإشكالية:

مرحلة الشيخوخة مرحلة عمرية يصل إليها الإنسان في الأخير إن طال به العمر يجد نفسه عاجزا ،وكلما انصرف عام من حياته يزداد خوفه من العام الذي يليه لأنه يزيد في إقترابه من النهاية الحتمية لكل حياة فوق هذه الأرض،وعليه نتيجة لكبر السن يكون بحاجة ماسة إلى الآخر كي يقوم بتلبية والتكفل بكل متطلباته الحياتية وإن لم يجد تسوء حالته، فيصبح عرضة للإصابة بمختلف الأمراض العضوية إلى جانب الضغوطات النفسية وحالات الإحباط والشعور بالعزلة والضعف والتعب والكآبة في النفس والفراغ والميل إلى التذمر لاسيما وهو موجود داخل مركز العجزة، ففي هذه المرحلة يحتاج إلى الرعاية والاهتمام سواء طبيا أو نفسيا، ومن هذا المنطلق قمنا بطرح إشكالية المتمثلة في معرفة طبيعة التكفل بالمسنين في المؤسسة.

1-الإشكالية العامة:

ماهي طبيعة التكفل بالمسنين في المؤسسة ؟

***الأسئلة الجزئية :**

- هل يوجد تكفل نفسي بالمسنين في المؤسسة ؟
- هل يوجد تكفل طبي بالمسنين في المؤسسة؟
- هل يوجد تكفل اجتماعي بالمسنين في المؤسسة ؟

2- الفرضية الأساسية:

تتمثل طبيعة التكفل بالمسنين في المؤسسة في الرعاية النفسية والرعاية الطبية والرعاية الاجتماعية وذلك من أجل تحسين حالتهم النفسية والصحية.

***الفرضيات الفرعية:**

- هناك تكفل نفسي في المؤسسة يساهم في تحسين الحالة النفسية والصحية للمسن.

- هناك تكفل طبي في المؤسسة يساهم في تحسين الحالة النفسية والصحية للمسن.

- هناك تكفل اجتماعي في المؤسسة يساهم في تحسين الحالة النفسية والصحية للمسن .

5- صعوبات البحث:

-قلة المراجع الخاصة بالشيخوخة وطرق الرعاية المقدمة لهذه الفئة.

- لم أستطع الحصول على البيانات بصفة دقيقة فيما يخص المؤسسة.

- صعوبة الحصول على بعض المعلومات فيما يخص الجانب الصحي للمسنين(الأدوية ،الأمراض الموجودة)

- صعوبة الوصول إلى الأخصائية النفسانية والتحدث معها لعدم حضورها في أغلب الأوقات.

- صعوبة إجراء هذه المذكرة لعدم دراسة منهجية إجراء مذكرة .

6- التعاريف الإجرائية لمصطلحات البحث:

أ-الشيخوخة:

هي مرحلة عمرية من نمو الإنسان تبدأ من60 سنة إلى 90 سنة أو أكثر ،ترتبط بتدهور وتردي في الحالة الصحية والنفسية والاجتماعية كما تتميز بمجموعة من التغيرات في البنية التكوينية والوظيفية لمختلف أجهزة الجسم العضوية والفيزيولوجية التي تؤدي إلى ضعف أو عجز جسمي.

ب- التكفل النفسي:

هو مجموعة الخدمات النفسية والصحية والاجتماعية داخل المركز قصد ضمان حياة أفضل للمسنين يستطيع بها تقبل المحيط الطبيعي والاجتماعي الموجود فيه لتحقيق أكبر استقلالية ممكنة وفي بحثنا هذا سوف نخص بالذكر التكفل النفسي داخل المركز.

ج- مركز الشيخوخة(المؤسسة) :

هو المكان المصمم هيكليا وتنظيميا من الناحية الهندسية والإدارية مع ما يتناسب والحياة الصحية والنفسية والاجتماعية للمسن ونوع الإعاقة للفئات المقيمة.

7- الدراسات السابقة :

أدى التزايد في أعداد المسنين إلى ظهور العديد من الدراسات والبحوث المتخصصة التي ركزت على دراسة هذه الفئة العمرية وقد بدأ الاهتمام بمراحل حياة الكبار وخاصة الشيوخ منذ 1860 وذلك عندما نشر فلورنس Florences كتابه عن الشيخوخة البشرية وتوزيعهما السكاني على سطح الكرة الأرضية وبهذا قسم مرحلة الشيخوخة إلى مرحلتين الأولى من سن 70 عاما وتبدأ الثانية من سن 85 عاما، كما كان أول من إهتم بالخواص السلوكية للكبار هو الخطيب الروماني الشهير سيشرون"sichron" الذي عاش في القرن الأول قبل الميلاد المسيح حيث ترجم رسالته عن كبار السن إلى الإنجليزية سنة 1959.

ولقد تطور الإهتمام إلى دراسة المشكلات الاجتماعية التي تصاحب حياة الكبار، حيث شغلت مشكلة التكيف الاجتماعي للمسنين الباحثين في العقد الرابع من هذا القرن، فدعى بيرجز إلى تكوين لجنة من الجمعية الأمريكية للعلوم الاجتماعية لدراسة مشكلة الشيخوخة، ثم تطور البحث إلى وجهته النفسية الصحيحة في السنين الأخيرة من خلال التزايد المستمر في أعداد المسنين بظهور الكثير من الدراسات التي قمنا بذكرها في الفصل الثاني .

-تمهيد :

إن التغيرات التي تطرأ على الشيخوخة تسبب الكثير من الأمراض كفقدان القدرات الحسية والحركية

تصلب الشرايين وأمراض القلب وهناك تغيرات طبيعة تعتمد على ظروف البيئة وعلى الكيفية التي عاش بها الشخص لسنوات حياته قبل الشيخوخة فالشيخوخة بذلك تكون ظاهرة عمرية لمرحلة متقدمة من العمرقد تظهر فيها أمراض وممكن مصاحبتها بتغيرات بسيطة من خلال إنهاك أنسجة الجسم وشروخ في نفسية المسن وتنقسم الأمراض إلى أمراض عضوية، أمراض نفسية، أمراض عقلية، وفي هذا الفصل سوف نتطرق إلى أبرز الأمراض وأغلبها ظهورا عند المسنين.[1]

[1]- عبد المنعم الميلادي، الأبعاد النفسية للمسن ، 2002 مرجع سبق ذكره ص93

1)- الأمراض العضوية :

للشيخوخة أمراض خاصة مرتبطة بما يحدث في سن الشيخوخة من تغيرات في أعضاء الجسم ،وقل أن تظهر هذه الأعراض في سن الشباب فإذا ما ظهرت أنذاك كانت في الغالب أمراض عابرة طارئة تزول وتشفى تماما بعد تلقي العلاج .

1-ضعف الحواس :

أكثر الحواس تعرضا للضعف في هذه المرحلة هما حاستي السمع والبصر ، خاصة حاسة السمع ،فتقدم العمر يصاحبه إصابة الأذن الخارجية الوسطى والداخلية ولديها أعراض أولا إنخفاض في درجة السمع ،ويرافق ذلك إنخفاض خفيف بمنطقة الأصوات الحادة هذا يؤدي إلى مضايقة الفرد في علاقته الاجتماعية وفي عمله .

أما بالنسبة لحاسة البصر فإنها تقل مع تقدم العمر وذلك أن معظم المسنين يلجئون إلى استخدام النظارات[1]

2- تخلخل العظام :

ومن الأمراض الشائعة لدى كبار السن مرض هشاشة العظام أو نقص صلابة الهيكل العظمي نتيجة لفقد مادة العظام وهي أكثر حدوثا لدى النساء بعد انقطاع دم الطمث ما بعد سن 50 والسبب هو نقص الحركة والنشاط أو عدم كفاية المواد الغذائية التي تحتوي على الكالسيوم وفيتامين د [2]

3- التهاب القصبة الهوائية المزمن :

يعتري القفص الصدري شيء من الضمور فيضيق من الأعلى بحيث يصبح شكله كحبة الأجاص وبذلك تقل قابليته للاتساع ، وهذه العوامل كلها تحد من سعة التنفس وينقص مقدار الهواء الذي

[1]- فيصل محمد خير الزراد، الأمراض العصابية والذهانية والاضطرابات السلوكية، دار القلم، بيروت، الطبعة 1-سنة 1984ص13-14

[2]- لطفي عبد العزيز الشربيني، أسرار الشيخوخة، دار النهضة العربية، بيروت ص35

يدخل إلى الرئة في الشهيق ويرافق هذا كله صعوبة في دوران الدم داخل الرئة مما يحمل القلب إلى العمل بأقصى قوته فيزيد في أعبائه ويعرضه إلى الأضرار ومن الأعراض ضيق التنفس خصوصا عند صعود السلم أو مرتفع والسعال والبصاق خصوصا في الصباح بعد النهوض من النوم .[1]

4- تصلب الشرايين :

هومرض يظهر بدرجات متفاوتة عند كل الشيوخ تقريبا كما يظهر في بعض الحالات المرضية ،كالأمراض المعدية المزمنة (الزهري) والأمراض التي تؤدي إلى تسرب الدهون الثقيلة على جدران الشريين، وأمراض الكلى وأمراض الدم وهذه التغيرات وهي الأوعية الدموية التي يجري فيها الدم من القلب نحو أجزاء الجسم كلها تموضعات مكونة من مادة دهنية (الكولسترول) وأملاح الكلس فيضيق الشريان ويفقد مطاطيته مما يشكل عائقا لجريان الدورة الدموية بداخله، وقد يحدث إحتقان في الأماكن شديدة التضييق من الشرايين مما يؤدي إلى تجلطه وسد الشريان بالجلطة فتتوقف

الدورة الدموية فيه أو يتم انفجاره في موضع السد،والمصاب بتصلب الشرايين يشعر بضيق حجمها وتعثر الدورة الدموية فيها بحكم شعوره بآلام شديدة في القلب إذا كانت الإصابة في شريانه أما إذا كانت الإصابة بشريان الرجل مثلا يحس المصاب بألم شديد في الرجل يجبره على التوقف عند المشي ويصبح لون الجلد أزرق .[2]

5- ضغط الدم :

تقوم الشرايين بتنظيم الضغط وكمية الدم المارة بها عن طريق التمدد والتقلص المنتظم مع نبضات القلب وهناك نوعان من الضغط يتم قياسها ،الضغط الانقباضي عندما ينبض القلب أثناء عملية الضخ والضغط الانبساطي ويقاس عند استرخاء القلب لاستقبال الدم القادم من الجسم.

[1]- فيصل محمد خير الزراد، الأمراض العصابية والذهانية والاضطرابات السلوكية، نفس المرجع السابق ص 17
[2] - حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسي، دار النشر، عالم الكتب، ط3 سنة 1977ص545

أ- ارتفاع الضغط الدموي:

قد يرتفع ارتفاعا مؤقتا ليس له أية دلالة مرضية وذلك في حالات الاجتهاد الجسدي كالركض وقد اقترحت منظمة الصحة العالمية أنه عندما يصل ضغط الدم عند الانسان أكثر من 916140 ملم زئبقي فانه يعد غير طبيعي[1]

أعراضه :

- شعور المصاب بطنين في الأذنين.

- ثقل في الرأس وسرعة الاثارة وضعف الذاكرة.

- احساس برغبة ملحة عارمة في التبول.

- تنمل الأصابع.

ب- هبوط الضغط الدموي :

ينذر أن يكون هبوط الضغط الدموي حالة مرضية مستقلة بنفسها وموروثة من العائلة نتيجة لاصابة الجسم بحالات مرضية اخرى كالأمراض المعدية أو ضعف القلب.

الأعراض :

- ضعف القوى.

- البرودة بسهولة حيث تظل يداه وقدماه باردة باستمرار.

6- ذوبان المادة الكلسية في العظام :

يشكو بعض الشيوخ من الآلام في العظام وتعثر في المشي ومن التعب بسرعة الأحاسيس بالالام عند

[1]- حامد عبد السلام زهران، نفس المرجع ص 546-547

تغيير وضع الجسم ،كما تبدو عليه مظاهر قصر طارئ في القامة وقد أثبت التصور الشعاعي أن هذه الأعراض ناجمة عن ذوبان المادة الكلسية من العظام أو فقدانها مما يسمى بلغة الطب(أوستيربوروز) أما سبب ذوبان المادة الكلسية الموجودة في العظام أو تضاؤلها فهو نتيجة نقله الحركة وزيادة الأعباء على الجسم[1]

7- أثر مادة الغراء في تقدم العمر :

ان مادة الغراء التي تمثل 40%من بروتينات الجسم ،يطرأ عليها شيء من التغيير بتقدم السن ،ومنه تتكون الغضاريف والأوتار وبه تسد الفراغات بين الألياف العضلية وبين مختلف الأعضاء ،وتعود مرونة الجلد ومقاومته إلى ألياف الغراء من سلاسل طويلة من الأحماض الأمينية ،وهي لا تتجدد ويتم تركيب هذه السلاسل في النسيج الضام الغليسين(glycine) والبرولين(proline) [2]

وتعتبر هذه المواد أساسية في مادة الغراء التي تهتم بتنظيم الصفات الميكانيكية للأوتار في التقلص ،ان الأمراض والاضطرابات التي تم ذكرها لها تأثير كبير على الصحة العامة للمسن خصوصا الجهاز العصبي، مما يتناسب في ظهور أمراض عقلية تعيق التكفل النفسي والاجتماعي المرتبط بالآخر.

8- الداء السكري:

يحدث الداء السكري نتيجة نقص نسبة إفراز الأنسولين مما يؤدي إلى ارتفاع نسبة السكر في الدم حيث يتجمع السكر (الجلوكوز) في المجرى الدموي في الجسم ويخر رج في النهاية مع البول والغلوكوز يزداد كلما تقدم الإنسان في العمر وان اعطاء كميات زائدة من السكر عن طريق الفم بمقدار 100 غرام دفعة واحدة يكشف عن ظهور أخطار زيادة السكر الموي فقد يؤدي ذلك الى تلين الدماغ أو أحشاء العضلة القلبية و أحيانا التعرض لحالات التشوش الذهني[3]

[1]-فيصل محمد خير الزراد، الأمراض العصبية والذهانية والاضطرابات السلوكية، نفس المرجع، ص19
[2]-فيصل محمد خير الزراد-نفس المرجع-ص 20
[3]-فيصل محمد خير الزراد، الأمراض العصبية والذهانية والاضطرابات السلوكية، نفس المرجع ص 18

أعراضه:

- زيادة وزن الجسم أو نقصه .

- فقدان الشهية.

- ضعف الرؤية.

- كثرة التبول والعطش المستمر.

- بطء في إلتئام الجروح .

9- السرطان :

هو احد أنواع الأمراض التي تتميز بحدوث انقسامات خلوي غير مضبوطة للخلايا الحية وقدرتها على الانتشار إما عن طريق نمو مباشر باتجاه نسيج مباشر أو الانتقال إلى أنسجة أخرى وعليه للسرطان أعراض عديدة تعتمد على موقع و نوعية الورم الخبيث فهو مرض السنرات الأخيرة ،يصيب بنسبة كبيرة كبار السن والذي غالبا ما يكون مميتا لتأخر التشخيص وعدم معالجة المرض مبكرا .

2)-الأمراض النفسية :

المشكلات النفسية في الشيخوخة قائمة لا محالة لكنها بين مشاعر الملل والعزلة والفراغ الى اضطرابات نفسية نذكر منها :

1-الاكتئاب :

وهو من الأمراض النفسية المنتشرة في مرحلة الشيخوخة وغالبا ما يصبح مزمنا لأنه عادة ما يترك دون علاج ويبدأ ظهور حالة الاكتئاب ما بين 50 سنة و 60 سنة ونادرا ماتحدث بعد سن 80 .

أعراضه :

- عدم الاهتمام أو فقدان الرغبة في الاهتمام بالنفس من حيث نظافة الجسد والملبس والمظهر.

- العزلة وعدم تكوين علاقات أو فقدان الاتصال والحوار مع الآخر.

- مزاج حزين.

- مفهوم سلبي عن الذات يتضمن تأنيب الذات ولومها.

- فقدان الرغبة الجنسية وتغير في مستوى النشاط.

2- الوسواس القهري :

هو عبارة عن فكرة ثابتة أي يقوم المريض بتكرار الأفعال التي يجب تكرارها ولكن مرضه يجبره على تكرارها أكثر من مرة وبالتالي لا يكون مرتاحا الى سلوكه مثلا يشك أنه ترك باب غرفته مفتوحا فيتجه لإغلاقه [1]

3- القلق:

دلت الأبحاث في مجال الطب النفسي للمتقدمين في العمر أن القلق يمثل أكثر الإضطرابات النفسية شيوعا لديهم فيزيد قلق المسن نتيجة شعوره بالعجز والضعف بسبب تدهور قدراته العقلية والعضوية كضعف الذاكرة والإحساس بالتعب.

أ-قلق الموت :

إن كبار السن يخافون من الموت بدرجة أقل إن كانو في صحة جيدة ، إن كانوا في صحة نفسية سيئة ينظرون إلى قلق الموت نظرة إيجابية.[2]

[1]- عبد المنعم الميلادي، الأبعاد النفسية للمسن، مرجع سبق ذكره ص 50

[2]- سليم أبو عوض، التوافق النفسي للمسنين، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان الأردن ط1 2008ص14

4- البارانويا المتأخرة :

معنى البارانويا أن المريض يرى خيالات يظنها حقيقية وقد يصاحبها هلاوس ويتصور المريض أن الآخرين يضطهدونه والبارانويا المتأخرة من أكثر أنواع البارانويا شيوعا في مرحلة الشيخوخة ،فبإصابته بهذا المرض يشك في نيات الاخرين حيث يتهم أقرب الناس اليه انه يريد قتله أو يدبر له ذلك .[1]

3)-الأمراض العقلية :

1- الزهايمر :

وتعود تسميته نسبة إلى مكتشفه وهو طبيب أعصاب ألماني ألواس زهايمر(1869-1915) هو أحد الأمراض العقلية التي تصيب الإنسان فيما قبل الشيخوخة وهو عبارة عن تدهور في خلايا المخ وذلك التدهور الذي يسبب معاناة المريض من صعوبات في الكلام والذي يؤدي إلى الإصابة بالشيخوخة المبكرة[2]

كما يتميز بتلف في الدماغ لا يرى الا بالمجهر ويتمثل هذا التلف في ترسب مادة amiboide مع إصابة الألياف العصبية بالانحلال بحيث ينتشر هذا التلف في منطقة قرن وكذلك منطقة اللحاء والأخرى المرتبطة بمنطقة امون ،مما يتسبب في نقص وزن الدماغ وتدهور الوظائف المعرفية كالانتباه والتركيز ،الإدراك ،الذاكرة، اللغة والتفكير الى جانب ظهور اضطرابات سلوكية بالارتباك، الاهتياج ،العدوانية[3]

- ويبدأ هذا المرض في مرحلة مبكرة في الخمسينات أو الستينات ،ثم يتدهور بعد ذلك بسرعة مع تقدم العمر[4]

[1]-عبد المنعم الميلادي، الأبعاد النفسية للمسن، مرجع سبق ذكره،ص 50،51.

-عبد الرحمن العيسوي، علم النفس الشواذ، دار الراتب الجامعة، سوفنير، لبنان ،ط1 ،1999 ص 140.

4- موفق مشرية-العيداوي فريدة، النشاط المعرفي وعلاقته باضطراب ذاكرة المعاني لدى المصاب بالزهايمر،مذكرة تخرج لنيل شهادة ليسانس، علم النفس العيادي، جامعة مستغانم 2005 ص 95.

2- بركسون :

وفيه يشكو المريض من الرجفة وبطئ الحركة والمشي بخطى قصيرة مع صعوبة الاحتفاظ بالتوازن ويكون الارتجاف على أشد في نهاية الأطراف وينحني الجيم ويخفت الصوت كما تضعف الذاكرة

- سمي هذا المرض على الطبيب جيمس بركسون في بداية القرن 19 ،فهو مرض تدهوري يصاب به الناس بعد الاصابة بالتهاب الدماغ الوبائي لسنوات عديدة ،فتأخذ الخلايا الموجودة في قاعدة الدماغ في التدهور حيث تصاب المنطقة المسؤولة عن الانفعالات في الدماغ فهو يصيب كبار السن مابين 50 -60 سنة .[1]

أعراضه :

- الرعشة الزائدة حيث المريض لا يستطيع حتى أن يمد يده .

- انحناء الجسم وضعف العضلات .

- فقدان القدرة على التحرك والحرية في الانتقال .

3- مرض بيك :ARNOU BICK

نسبة إلى العالم بك أرنو بيك حيث ينحل الجهاز العصبي المركزي على مستوى الفص الجبهي والفص الصدغي فيتوقف نموها نتيجة لضعف تغذيتها فينقص الدماغ [2]

بحيث يحتفظ المريض بقدرته في الذاكرة والتعرف لمدة طويلة ولكنها تبدأ في الاضمحلال مع ظهور العلامات العصبية كالكلام والكتابة والحركة ،أهم ما يميز هذا المرض التعرف المكاني والزماني مع بقاء الذاكرة في حالة سوية لمدة طويلة وذلك قبل الاضمحلال العقلي الذي ينتهي بالوفاة. [3]

4- عته ما قبل الشيخوخة :

تكون فيه الأعراض متشابهة مع أعراض عته الشيخوخة إلا أن الفرق يكمن في الأعراض كالتدهور في القوى المعرفية للمريض وضعف الذاكرة والتركيز إذا حدثت قبل 65 تسمى عته ما قبل الشيخوخة وبعد 65 سنة تسمى عته الشيخوخة .

[1]- سليم أبو عوض، التوافق النفسي للمسنين، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان الأردن ص127.
[2]- عبد الرحمن العيسوي، اضطرابات الشيخوخة وعلاجها، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان 1989 ص 45.
[3]- فيصل خير الزراد الأمراض العصابية والذهانية والاضطرابات السلوكية، مرجع سبق ذكره ص 24.

5- عته الشيخوخة:

حالة مرضية تشمل أعراض حالات ممكن أن توضع تحت عنوان كبير هو تدهور أو فقدان الوظائف العقلية ومن هذه الوظائف الذاكرة الاحتفاظ بالمعلومات ...الحوادث...الأخبار ،انخفاض الانتباه وبطئ الفهم ،الصعوبة في التفكير المجرد ،ضعف القدرة الحسابية ،تجمد العواطف أو تبددها فعته الشيخوخة هو عبارة عن خلل وظيفي عقلي نتج عن مرض عضوي أصاب المخ ويحدث بسبب خلل

يؤثر على منطقة أو أكثر من المخ وقد يكون هذا الخلل راجعا الى مرض في أجهزة الجسم ثم يؤثر بصورة على الجهاز العصبي وعلى المخ أساسا ،وقد تختلف الأمراض باختلاف عوامل كثيرة منها سبب الإصابة ،موقع الإصابة ،عمر الإصابة ،وسرعة تطور الحالة ويعتبر مرض الزهايمر مرض عضوي يصيب أجزاء من المخ ،أحد أسباب الإصابة(بعته الشيخوخة). [1]

6- تصلب شرايين المخ:

تتصلب الشرايين في الأجزاء الكبيرة من المخ التي تكثر فيها المادة الشحمة التي تظهر داخل الطبقات للأوعية الدموية فتنتقل تدريجيا الى القناة الخاصة بالشريان فتعيق وتبطئ الدورة الدموية،ويؤدي ذلك إلى عجز التغذية الخاصة بالقشرة الدماغية .[2]

7- ذهان الشيخوخة الوجداني:

تصل نسبة هذا المرض إلى 30% إلى 50% من جميع مرضى العقول داخل المستشفيات وفيه تزداد أعراض التوتر التي تتمثل في زيادة الحركة والشعور بالألم ،الهذيان ،وتوهم العلل المرضية بتحسن المريض اذا كان عمره أقل من 70 عاما .[3]

8- فصام الشيخوخة (البرافرينيا المتأخرة) :

هو أكثر انتشارا لدى النساء وعادة ماتكون المصابة به انطوائية قبل المرض مع وجود عجز جسمي في معظم الحالات ،خاصة الصم يبدأ المرض على شكل هذيانات اضطهادية.[4]

---

[1] -عبد المنعم الميلادي، الأبعاد النفسية للمسن، مرجع سبق ذكره، ص 166.

[2] - عبد الرحمن العيسوي، اضطرابات الشيخوخة وعلاجها، مرجع سبق ذكره، ص 53 .

[3]- فيصل محمد خير الزراد، الأمراض العصابية والذهانية والإضطرابات السلوكية، مرجع سبق ذكره، ص 28.

[4]- فيصل محمد خير الزراد، نفس المرجع ص 28.

خلاصة الفصل :

ان مرحلة الشيخوخة عرضة للتدهور والمرض الذي يرجع الى تغيرات صحية نشأت في مراحل سابقة ومشاكل نفسية وانحرافات سلوكية وحالات اليأس التي يعيشها نتيجة الألم والعجز والتي يحتاج الى تكفل نفسي ورعاية نفسية وذلك لتخفيف من معاناته وتفهم وضعيته وسعيه جاهدا لتحقيق التوافق النفسي وهذا ما سنتناوله في الفصل الموالي .

تمهيد

ينمو الإنسان بخطوات متتابعة فيمر بمراحل في طفولته وتغيرات التي تهدف إلى اكتمال النضج ومدى استمراره، ويبدأ بالانحدار، فهو يتطور بانتظام خطوة خطوة. فينمو من حيث الحجم و الشكل والوزن داخليا و خارجيا لمختلف الأعضاء والنمو الوظيفي يكون في الوظائف الجسمية ليساير تطور حياة الفرد. والشيخوخة مرحلة من مراحل النمو لها أهميتها، نتطرق لها فيما يلي

1-تعريف الشيخوخة:

هي المرحلة التي يتقدم فيها السن بالإنسان، ترتبط بالحالة الصحية والنفسية والاجتماعية بصفة عامة

المسن: هو الشخص الذي يعيش مرحلة الشيخوخة ويتراوح عمره من 60 سنة إلى نهاية العمر.

1-1) التعاريف اللغوية:

شاخ الإنسان شيخا.(الشيخ) من أدرك الشيخوخة وهي غالبا عند الخمسين. وهو فوق الكهل ودون الهرم وهو ذو مكانة من علم أو فضل أو رياسة.[1]

أ- ويقال هرم الرجل هرما، أي بلغ أقصى الكبر وضعف فهو هرم.[2]

ب- شاخ: يشيخ شيخا وشيخوخة :الرجل صار شيخا.

شيخ: الشيخ هو من تقدم في السن وظهر عليه الشيب .

جمع: شيوخ وأشياخ ومشايخ.[3]

1 - معجم اللغة العربية 1990 ص355
2- نفس المرجع .1990 ص468
3- قاموس المنجد في اللغة العربية المعاصرة "دار المشرق بيروت ،لبنان ط 1 سنة 2000 ص807

2-1) اصطلاحا:هي مرحلة يتقدم فيها العمر بالإنسان.ترتبط بتدهور وتردي في الحالة الصحية والنفسية والاجتماعية بصفة عامة مقارنة بمراحل العمر السابقة .كما ترتبط بالضعف والوهن وانحصار النشاط و الإخفاق في الاحتفاظ بالوظائف المعتادة للإنسان .

2- تقسيمات مرحلة الشيخوخة: تقسيم على أساس:

1-1)-العمر الزمني:

قسم "برواملي "مرحلة الشيخوخة إلى أربعة مستويات:

أ-المستوى الأول: فترة ما قبل التقاعد وتمتد من55 -66 سنة

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

ج-المستوى الثالث: فترة التقدم في العمر التي تمتد من 70 سنة فأكثر حيث الاعتماد غلى الآخرين والضعف الجسمي والعقلي.

د-المستوى الرابع: فترة الشيخوخة والعجز التام والمرض و الوفاة و التي تمتد حتى 110 سنة.[1]

"ومن العلماء هيرلوك قسم الشيخوخة إلى قسمين":[2]

-الأولى: الشيخوخة المبكرة وتمتد من 60 إلى 70سنة

-الثانية: المرحلة المتقدمة(الهرم)من 75 إلى نهاية العمر.

[1] - عبد المنعم الميلادي، الأبعاد النفسية للمسن، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، مصر، 2000ص26

[2] - فؤاد البهي السيد، الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة، دار الفكر العربي، القاهرة ط3، سنة 1998 ص300

وهناك من يقسم الشيخوخة إلى ثلاث فئات :[1]

أولا : صغار المسنين من 60 سنة في بعض البلدان أو أكثر من ذلك في بلدان أخرى وأكثر تقدير75سنة.

ثانيا : كبار المسنين 75سنة -85سنة .

ثالثا: الطاعنين في السن ممن تزيد أعمارهم على 85سنة.

*هناك تقسيم آخر على أساس جوانب الشيخوخة :[2]

1) العمر البيولوجي:

ويستخدم في تحديد بداية الشيخوخة العضوية وهو مقياس يقوم على أساس المعطيات البيولوجية لكل مرحلة مثل معدل الأيض، ومعدل نشاط الغدد الصماء، وقوة دفع الدم ،والتغيرات العصبية .

2- العمر الاجتماعي:

ويشير إلى الأدوار الاجتماعية وعلاقة الفرد بالآخرين ومدى توافقه الاجتماعي .

3- العمر السيكولوجي:

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

[1]- عبد العزيز الشر بيني، أسرار الشيخوخة، دار النهضة والطباعة والنشر بدون سنة ص09.
[2] - عبد المنعم الميلادي، نفس المرجع السابق ص29

***تعاريف أخرى :**

كما تناول مفهوم المسن العديد من التخصصات العلمية:[1]

1-فعرف من المنظور الطبي : بأنه "تلك التغيرات الفيزيولوجية غير القابلة للرجوع والتي تحدث في الجسم نتيجة تقدمه في العمر وتستمر بصفة تصاعدية"

2-من المنظور النفسي : بأنه "ذلك الفرد الذي لايستطيع عند تقدمه في العمر أن يتوافق بطريقة ناجحة باعتبار أن التوافق الذاتي هو التغير في السلوك من أجل التوافق بنجاح مع تغير الموقف الاجتماعي".

3-من المنظور الاجتماعي: بأنه "من بلغ سن الشيخوخة وافتقد المكانة والفاعلية الاجتماعية ليواجه مرحلة ضعف الارتباط بينه وبين المجتمع الأسري أوالمجتمع الخارجي".

3) الدراسات التي تناولت الموضوع :

أ- الدراسات السيكولوجية للمسن :[2]

إهتم العلماء بدراسة الخواص السلوكية لكبار السن والأعمال المناسبة لهم منذ القدم ومن بينهم:

-دراسة فلورنسflorences 1860 :

الذي نشر كتاب عن الشيخوخة البشرية ومراحلها وتوزيعها السكاني على سطح الكرة الأرضية وقسم الشيخوخة إلى مرحلتين متمايزتين تبدأ الأولى من 70 سنة والثانية من85 سنة .

-دراسة تنون:Tenon

---

[1] - مصطفى محمد أحمد الفقي، رعاية المسنين بين العلوم الوضعية والتطور الإسلامي، المكتب الجامعي الحديث 2008 ص27

[2]- فؤاد البهي السيد، الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة، دار الفكر العربي، القاهرة سنة 1998ص225

عام 1813-1842: التي اهتمت بدراسة العوامل المؤدية لإطالة العمر بدل الإهتمام بالأعمال المناسبة لكبار السن.

-دراسة نهى السيد حامد :

اهتمت بالتعرف على الخصائص المميزة للأفراد المتقاعدين و التغيرات التي تلحق بهم نتيجة التقاعد ومن نتائج هذه الدراسة أنها بيّنت وجود علاقة إيجابية بين الحالة العملية والروح المعنوية فالعاملون أكثر توافقا من غير العاملين.

-دراسة سهام راشد عام 1983:

دراسة عينة من المقيمين بمؤسسات الإسكندرية –مصر-وكشفت عن وجود علاقة موجبة بين الإصابة ببعض الأمراض النفسية والاجتماعية والتقدم في العمر وأوضحت أن الوساوس، الاكتئاب الهستيريا والوحدة والعزلة والمشاكل الاجتماعية ووقت الفراغ من العوامل المساعدة لظهور التغيرات المصاحبة لكبر السن.

-دراسة "حسن عبد المعطي ":

حالة القلق في مرحلة الشيخوخة سّمة مميزة لهذه المرحلة فالأفراد كلما تقدموا في السن زاد مستوى القلق لديهم ،قلق الصحة، قلق التقاعد، قلق الانفصال، قلق الموت .

-دراسة "المعز عبد الرحمن " "أحمد بحري":

إتهتمت بدراسة أهم المشكلات الاجتماعية لدى المسنين المتقاعدين عن العمل بمدينة القاهرة ومن نتائجها أن المشكلات المواجهة لدى المسنين هي المرض انخفاض المستوى الاقتصادي وعدم وجود علاقة تربط المسن بالمجتمع الذي يعيش فيه .

ب-الدراسات السوسيولوجية المسنين :

إهتم علماء الاجتماع التركيز على العلاقة بين المسنين والمجتمع ودراسة المعايير التي يخضع لها المسنون في حياتهم وأدوارهم القديمة أو عجزهم في الوفاء بالأهداف المحددة ومن بين هؤلاء العلماء:[1]

-دراسة ديفيد رايزمان David Riesman :

أوضح وجود علاقة بين التعريف الثقافي والمكانة الاجتماعية للمسنين ،كما إستخدم مصطلح نمط الشخصية personality typology ليفسر مناخ السيء الذي يحيط بالشخص المسن وركز على نمط الشخصية المتكيفة وينتمي معظم المسنين إلى هذا النمط من وجهة نظره وهم الذين يستطيعون التكيف مع مرحلة الشيخوخة طالما ظلت الظروف الثقافية ثابتة وغير متغيرة.

-دراسة رفائيل جنزبرج Raphael Ginzburg :

أوضح أهمية الجانب الاجتماعي في تناول عملية الشيخوخة، كما أوضح أن الوضع السيءللمسنين في المجتمع الأمريكي ينبع إلى حد ما من الاتجاه السلبي للمجتمع نحوهم ومن أسباب ذلك من وجهة نظره أن المسنين فقدوا أسباب الحياة وأصبح مقدرا لهم التدهور والتداعي وهذا قيّد من الفرص الاقتصادية والاجتماعية للمسنين مما دفعهم إلى الخمول والتواكل .

-دراسة ميتون بارونMiton Barron:

هو أحد العلماء المدافعين عن التفسير الاجتماعي للشيخوخة فقد ذهب إلى حد تقديم أحد النماذج المبكرة لفهم الشيخوخة كظاهرة اجتماعية كما أوضح أن علماء الشيخوخة كانوا يعاملون المسنين كجماعة أقلية.

---

[1]-يحي مرسي عيد بدر، المسنون في عالم متغير، مقدمة في علم الشيخوخة، دارالوفاء للنشر الإسكندرية، الطبعة الأولى سنة 2008ص118-119.

ج-الدراسات الأنثروبولوجية للمسنين :

يتضح الإسهام الكبير لعلماء الأنثروبولوجية في دراسة المسنين وظاهرة الشيخوخة من خلال الدراسات الحقلية وخصوصا في المجتمعات البدائية والحديثة .[1]

-دراسة ليوسيمونزLeo simmons:

هوأنثروبولوجي في جامعة ييلyale وقد عالج الشيخوخة كظاهرة ثقافية ووضع مؤلفا بعنوان "دور المسنين في المجتمع البدائي" عام 1947 وقدم إطارا فلسفيا تصور من خلاله أن مكانة المسنين عبارة عن متغير ثقافي ومن ثّم فإن التعريفات الثقافية للشيخوخة تساهم في تشكيل سلوك المسنين وترسم ملامح معاملة المجتمع لهم.

-دراسة مارجريت ميدMargaret Mead:

تناولت مارجريت الأعباء التي فرضتها الحضارة الصناعية الحديثة على كاهل المسنين ،وتعوّل هذه الثقافة كثيرا على الاستقلال ولكنّها في الوقت ذاته ربطت بين كبر السن وفقدان الاستقلال ،وعرفت عملية الشيخوخة في ضوء التدهور والفشل وأعلنت من شأن الشباب أخفضت من شأن المسنين .

-دراسة مارجريت كلارك Margaret clakm:

قامت بدراسة المجتمعات التي يسودها ما يسمى بحكم الشيوخ،كما قامت بدراسة الشيخوخة في المجتمعات.

[1] -يحي مرسي عيد بدر، نفس المرجع السابق ص152.

4- التغيرات التي تميز مرحلة الشيخوخة:

خلال مرحلة الشيخوخة تطرأ عدة تغيرات جسمية ونفسية وعقلية واجتماعية وقد يتولد عن هذه التغيرات مجموعة من المشكلات وفيما يلي يمكن عرض أهم تلك التغيرات :

4-1)التغيرات العضوية:

ومن المظاهر التي تحدث هذا التغير في شكل الجسم العام مثل نقصان الوزن والطول ،وتغير لون الشعر وسقوطه ،وضعف انتصاب القامة انحناء العمود الفقري، كما يتجعد الجلد ويصبح أكثر جفافا كما تظهر بعض البقع السوداء التي يطلق عليها "بقع الشيخوخة "كما يصبح الجسم أكثر ضعفا والعظام أقل تماسكا .يتأثر التغير العضوي للمسنين بعوامل مختلفة زيادة على عامل الزمن ونلخصها فيما يلي:[1]

أ-الوراثة : وهي إحدى المحددات الرئيسية للحياة في أبعادها المختلفة فهي التي تحدد بعض خواص الفرد الرئيسية كالطول، وشكل الشعر ولون العينين وقابلية الإصابة بأمراض معينة كما يتأثر طول أوقصر الحياة بعامل الوراثة لأن متوسط العمر تختلف من عائلة لعائلة ومن سلالة لأخرى .

ب-المهنة: لكل مهنة أثارها على المشتغلين بها وهذا قد يفسر كثرة الإصابة بأمراض القلب والضغط لدى العاملين بمهنة التعليم وارتفاع نسبة أمراض الروماتيزم.

ج- الغذاء: دلت الأبحاث التي أجريت على الفئران أن نقص الغذاء عن الحد الحيوي الضروري لاتزان الحياة يبكر بالشيخوخة وكذلك بالنسبة للزيادة المفرطة عن الحد ولنوع الغذاء أيضا أثره على حياة الكبار مثلا تؤدي زيادة نسبة المواد الدهنية في غذاء الكبار إلى زيادة ترتيب الكولسترول في الأوعية الدموية وهذا ما يحفز الإصابة بأمراض الضغط الدموي وأمراض القلب.

[1] - فؤاد البهي السيد، الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة، مرجع سبق ذكره ص315

د-البيئة: تؤثر البيئة بنوعيتها اجتماعية كانت أم طبيعية على معدل التغير العضوي في الكائن الحي وخاصة في طفولته وشيخوخته وللإشارة فإن تأثر المسن بظروف الحياة اليومية في المدن الحضرية كارتفاع الضغط، الضجيج، التلوث، أزمات التنقل ولهذا فإن المسنين في المدن هم أكثر عرضة للمرض والتغير العضوي مقارنة بالمسنين في الأرياف .

2-4)التغيرات البيوفيزيولوجي:

1-تغير معدل الإيض : تدل عملية الإيض(Métabolisme) على عمليتي البناء الحيوي (Anabolisme)والهرم الحيوي (Catabolisme) ولهذا الإيض علاقة مباشرة بمدى قدرة الجسم على تجديد نفسه وتقاس هذه العملية بالسعر الحرارية في الساعة بالنسبة لوحدة المساحة الجسمية عند الولادة تكون ضعيفة جدا تتطور من25إلى 60سعرا في السنة الخامسة ثم تهدأ سرعتها نوعا ما عند الراشدين ثم يهبط هذا المعدل إلى 35سعرا في سن 70سنة ثم تتغير في هبوطها حتى نهاية الحياة.

2-تغير معدل نشاط الغدد الصماء: يصل إفراز الغدد الصماء ذروته في السن العشرين، ويهبط معدل إفرازها للهرمون بسرعة منتظمة حتى سن 70سنة، ثم تتغير في هبوطها حتى نهاية العمر.

3-تغير قدرة دفع الدم: تتناقص القوة الدافعة للدم بخط مستقيم بانتظام تبعا لزيادة العمر الزمني ،حيث تبدأ مرتفعة عند 20سنة وتظل تتناقص حتى 90سنة إلى نهاية العمر.

4-تغير السرعة الهوائية للرئتين: تقل نسبة الهواء في عمليتي الشهيق والزفير تبعا لزيادة السن وخاصة بعد العمر الزمني المساوي20سنة وتظل قدرة الإنسان على التنفس في انحدار حتى يصل الفرد إلى الشيخوخة فتنقص هذه القوة بنسبة25بالمئة مما كانت عليه في الرشد.

5-التغيرات العصبية : يصل الجهاز العصبي إلى ذروته الحيوية في الرشد ثم يبدأ نشاطه يضعف بالتدرج ولكن في بطء غير ملحوظ وتصبح سرعة هذا الانحدار ملحوظة في الشيخوخة وعندما يقترب العمر الزمني من60سنة تبطؤ الاستجابات كما تظهر في صورة ردود فعل .

وقد ترجع إلى نسبة ضعف الأوكسجين التي يحملها الدّم إلى المخ نتيجة لضعف السعة الهوائية للرئتين ،أكثرمما ترجع إلى الشيخوخة الخلايا العصبية ولذا قد يصاب بعض الأفراد ببعض الأمراض العصبية مثل ذهان الشيخوخة والكآبة .

6- الكفاية البدنية ومستوى التكيف : تصل الكفاية البدنية إلى ذروتها العليا في سن 25سنة أي في سن الرشد ويبدأ انحدارها بطيئا حتى سن الأربعين أوالخامسة والأربعين ويزداد معدل الإنحداربعد ذلك السن بشكل ملحوظ.

3-4) التغير الحسي:

لكل حاسة تكوين عضوي ووظيفة سلوكية وتعتمد الوظيفة على مدى نضج الحواس ،وتتأثر الحواس من ناحيتها التكوينية بالزمن فتبدأ ضعيفة في الطفولة ،ويكتمل نموها في المراهقة والرشد وتضعف في الشيخوخة وفيما يلي التغيرات التي تطرأ على البصر ،السمع ،الذوق ،والإحساسات الأخرى الخاصة:

1-تغير البصر : تضعف قوة الاستجابة الضوئية للعين تبعا لزيادة السن ،وذلك لأن حدة العين تفقد جزءا كبيرا من مرونتها إذ من المعروف علميا أن حدقة العين تتسع عندما تقل الإضاءة وتضيق عندما تزداد الإضاءة حتى تتحكم في كمية الضوء المناسب للعين.

2- تغير السمع:تبدأ حاسة السمع تضعف في وقت مبكر شأنها في ذلك شأن حاسة البصر،ومن المظاهر ضعف السمع في الشيخوخة صعوبة إدراك الأصوات الحادة.

3- تغير الصوت: يتغير الصوت البشري تبعا لزيادة السن خاصة في الشيخوخة حيث أنه يفقد جزءا كبيرا من حرارته ويصبح مرتعشا ومتقطعا.[1]

[1] - فؤاد البهي السيد، الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة، المرجع نفسه ص319-320-321.

4-التغير الحسي البشري:

تضعف النواحي الحسية للجلد البشري تبعا لزيادة العمر وخاصة بين 40سنة و65سنة يصل معدل الضعف إلى نهاية القصوى .ولذا يتأثر الشيوخ بالحر اللافح في الصيف والبرد القارس في الشتاء أكثر مما كانوا يتأثرون به في رشدهم وشبابهم .

4-4) تغير القوة العضلية والمظاهر الحركية :

تضّمر العضلات تبعا لزيادة العمر وخاصة بعد مرحلة الرشد واكتمال النضج وبذلك تتأثر النواحي الحركية تبعا لهذا الضمور الذي هو عبارة عن انكماش عضلي من ناحية وامتداد في الناحية الأخرى وعندما تضعف هذه القوة تتأثر سرعة الانكماش والامتداد وتضعف تبعا لذلك القوة العضلية للفرد هذه القوة تبدأ ضعيفة في الطفولة وتصل إلى ذروتها في الرشد ثم تبدأ في الانحطاط كلما اقترب عمر الفرد من الشيخوخة حتى نهاية العمر .[1]

والمهارات الحركية تتناسب والقوة العضلية، حيث أنها تصل ذروتها خلال المدى الزمني الذي تمتد من 20سنة إلى 30سنة. وتنقص سرعة استجابة الفرد في تعلمه الحركي بما يسمى زمن الرجع فهويمثل المدى الزمني الذي يمضي في حدوث الاستثارة والاستجابة الحركية المقابلة لها والمدى الزمني للرجع يزداد تبعا لزيادة العمر الزمني خاصة بعد مرحلة الرشد وبالأخص مرحلة الشيخوخة تؤثر الظاهرة الحركية فيها على المهارات التي يقوم بها الفرد . [2]

[1] - مصطفى محمد أحمد الفقي، رعاية المسنين بين العلوم الوضعية والتطور الإسلامي، مكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية 2008ص35

[2] - فؤاد البهي السيد،الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة، نفس المرجع السابق ص317-318

4-5) تغير القدرات العقلية:

أ-الإدراك:

يهدف الإدراك إلى معرفة المادة التي يريدها الفرد ،فتقوم هذه العملية على مدى قدرة الفرد على تصنيف المعلومات التي يدركها أكثر مما تقوم على النواحي الحسية ومعطياتها وذلك حينما يحاول الفرد أن يربط بين عناصر الموقف الخارجي وبين الخبرات السابقة التي مرت به ،"فتزداد عملية الإدراك وتكثر بهما الأخطاء بعد سن الرشد ،ولذلك تتطلب هذه العملية وقتا أطول عند الشيخوخة ومن أهم العوامل التي تؤثر في عملية الإدراك عند الشيخوخة المخية نتيحة لزيادة السن".[1]

ب- التذكر:

إن عمليتي التذكر يعتمد في جوهرها على مدى وضوح وتجويد التعلم السابق لها والمؤدي إليها ، وبما أن مدى انتباه الكبار يضعف تبعا لزيادة السن لأنهم لا ينتبهون ولا يدركون كما كانوا ينتبهون في صباهم ورشدهم ،"إذن تصبح منابع ومصادر معلوماتهم غير مؤكدة غامضة ،يسودها كثير من التشويه ،وعندما تضعف الروافد الحسية المؤدية للتعلم يقل التذكر، يقل مدى التذكر تبعا لزيادة السن وتعني بالمدى عدد الأشياء التي يمكن أن يتذكرها الفرد فترة زمنية محددة".

ج- الذكاء:

عن الذكاء يرتبط بقدرة الفرد على سرعة التكيف للمواقف الجديدة وبما أن هذه المواقف تختلف في مكوناتها وشدتها تبعا لمراحل العمر .

"فيصل الذكاء إلى ذروة نموه في أواخر المراهقة وقبيل الرشد ثم يستقر به الأمر ،على مستوى معدد لا يكاد يتعداه طوال مرحلة الرشد، ثم يبدأ انحداره في مرحلة الشيخوخة ويختلف معدل الهبوط

[1] - فؤاد البهي السيد، نفس المرجع السابق ص339

لاختلاف نسبة الذكاء فمثلا يهبط الذكاء الممتاز الذي يصل مستواه إلى 130درجة إلى 114رجة في الشيخوخة".[1]

د- الذاكرة: هناك ذاكرات متعددة لا ذاكرة واحدة للشيخ أو المسن ، فبعض الذاكرات تضعف لدى المسن دون باقي الذاكرات ،فذاكرة الأسماء التي لها دلالات عاطفية .

ذاكرة الوقت وذاكرة الأرقام تضعفان على حد ما في الشيخوخة ولكن ذاكرة الطفولة للأشخاص والأحداث المرتبطة بذهن الشيخ زمن الطفولة تزداد قوة ،أيضا ذاكرة المراهقة والشباب تزداد قوة ،فالمسن يذكر أشياء وقعت له في عهد الطفولة وكان قد نسيها مدة طويلة ولكنه يجد نفسه وقد طغن في السن يذكر تلك الأحداث بدقة ،بينما يكون قد نسى الأحداث التي وقعت منذ لحظات ،"وقد ينسى الشيخ الوقت والتاريخ والأماكن التي وضع بها الأشياء والتي كان فيها منذ لحظات أو الشخصيات التي قابلها".[2]

4-6) التغيرات النفسية:

إن مرحلة الشيخوخة عرضة للصحة والمرض، وانحراف صحة الشيوخ ترجع إلى تغيرات صحية نشأت في المراحل السابقة، والصحة النفسية السوية هي تمتع الشخص بقوة العقل وسلامة القلب وإتزان العواطف والمشاعر مع تكيف الشخص للبيئة الإجتماعية من حوله.

فالإتجاهات النفسية توجه سلوك الفرد وتؤثر فيه ،وتتأثر في تكوينها بالتفاعل القائم بين الفرد وأنماط بيئته الاجتماعية التي يحيا في إيطارها ولذا فهي تدل على مدى توافق الفرد مع بيئته كما أن الإصابة بالأمراض النفسية ترجع إلى واحد أو أكثر من الأسباب التالية :[3]

---

[1] - فؤاد البهي السيد، نفس المرجع السابق- 339

[2] - عبد المنعم الميلادي، الأبعاد النفسية للمسن، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، مصر، 2002 ص44

[3] - فؤاد البهي السيد، نفس المرجع ص340

-أسباب وراثية الوالدين أو غير مباشرة من الأجداد .

-أسباب إجتماعية نتيجة أحداث، مواقف ،ظروف حديثة إضافة إلى بعض الظروف الإجتماعية أسباب تتعلق بالتركيب البشري والنفسي للشخصية التي زارها المرض النفسي وقد دلت الأبحاث التي قام بها pollak سنة 1943 وLorge 1953 على أن الإتجاهات تزداد إستقرارا وثبوتا لزيادة السن وخاصة بعد الرشد ولذا يصعب على المسن تغييرإتجاهات في مرحلة الرشد التي تحرر وتميل إلى المحافظة في مرحلة الشيخوخة .

ويزداد التعصب لزيادة السن فيتعصب الشيوخ لما فيهم وهكذا يبدوا الحنين لقوة الشباب إذن فالمشكلات النفسية في الشيخوخة قائمة لا محالة تتراوح بين :[1]

- الفراغ الذي يحدث عقد التقاعد من العمل له أسوأ أثر على الحالة النفسية لكبار السن فالحرمان المادي قد يؤدي به إلى التدهور النفسي .

- الشك في نيات الآخرين ،يتّهم أقرب الناس إليه بأنه لا يحبه وأنه يتمنى له الموت أو أنه يدّبر له ذلك.

- البخل الشديد فهو لا يريد إخراج أي مال ويتهم الآخرين بالطمع فيه .

-الوسواس القهري عبارة عن فكرة ثابتة ملحة على تفكير المريض (الشيخ) يقوم بأفعال ويكررها.

- الخوف من الظلام والإصرار على إضاءة الشقة كلها.

[1] - عبد المنعم الميلادي، الأبعاد النفسية للمسن- نفس المرجع السابق ص 50-51

5- المظاهر الانفعالية لمرحلة الشيخوخة :

تميل انفعالات الشيخوخة إلى السلوك الانفعالي ،وقد نستطيع أن نلخص أهم الانفعالات التي تظهر في الشيخوخة إلى :

-تتميز انفعالات الشيوخ بالعناد وصلابة الرأي.

- يميلون إلى المديح، الإطراء، والتشجيع.

- يغلب على انفعالهم نوع من التعصب بدون سبب فهم يتعصبون لجيلهم وآرائهم ولعواطفهم.

-يحاول الشيخ أن يفرض شخصيته في السيطرة حتى لا يظن الناس أنه بدأ يضعف.

- عدم إدراك الشيخ للمسؤولية التي تواجه من يحيطون به فهو يمضي في حياته وهو لا يشعر بمن حوله.

- عندما لا يتقبل الآخرون هذا التعصب يحسون أنهم مضطهدين.[1]

6- المظاهر السلوكية المميزة لمرحلة الشيخوخة:

يجد الفرد صعوبة كبيرة المحافظة على مكانته في المجتمع المتطور الذي يتحرك من حوله بسرعة تفوق سرعة المتغيرات التي تحيط به .

ويميل سلوك أغلب أفراد هذه المرحلة إلى نوع من أنواع النرجسية وعشق الذات وقد يبدوا أثر هذه الظاهرة في تعصب الشيوخ لآرائهم إلى الحد الذي يذهب بهم بعيدا عن تقبل وجهات النظر.[2]

[1] - فؤاد البهي السيد، الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة، نفس المرجع السابق ص368

[2] - المرجع نفسه ، ص306

7- المظاهر الاجتماعية:

1-العلاقات الاجتماعية :

يزداد اهتمام الفرد بنفسه كلما تقدمت به السن نحو الشيخوخة وتضعف صلته شيئا فشيئا بالمجالات الاجتماعية وبذلك يصبح نرجسيا أنانيا في حياته، فتضعف العلاقات القائمة بينه وبين معارفه ، لذلك تكون مرحلة الشيخوخة مرحلة العزلة، الوحدة خاصة عند موت أحد الزوجين أو زواج الأبناء وبالتالي تعتمد العلاقات الاجتماعية للمسنين على عاملين أثنين :[1]

-الأول: هو التكوين النفسي الداخلي للمسن.

-الثاني: المناخ الاجتماعي الذي يعيشه المسن.

2- الزعامة:

تزداد ظاهرة الزعامة تبعا لزيادة السن ،وتعتمد الزعامة على القيادة والقدرة على تحمل المسؤولية والقدرة على تقبل النصر والهزيمة باتزان وحكمة والقدرة على النقد الذاتي.[2]

3- المكانة الاجتماعية:

لقد كان للشيوخ مكانتهم الاجتماعية في المجتمع اليوناني القديم ،وما زالت لهم مكانتهم ،في مجتمعاتنا الشرقية على غرار المجتمعات الغربية المعاصرة التي تضعف لأنها تؤمن بالقوة والسرعة والجاذبية الجنسية وصفات لاتتوفر في الشيوخ، لذلك يهجرهم أبنائهم ويدركون أنهم أصبحوا عاهة على المجتمع وعلى الحياة نفسها .

---

[1] - فؤاد البهي السيد، نفس المرجع السابق ص380.
[2] - عبد المنعم الميلادي، نفس المرجع السابق ص45.

4- الاتجاهات النفسية الاجتماعية:

تزداد رسوخا في مرحلة الشيخوخة ويكون معظمهم محافظين، لذا نجد من الصعب تغيير اتجاهاتهم وخاصة حول الموضوعات السياسية والنظم الاجتماعية السائدة ويزداد التعصب تبعا لزيادة السن.

5- التوافق النفسي والاجتماعي:

في هذه المرحلة يحتاج إلى التوافق مع التقاليد والعادات السائدة المتجددة والخاصة بالأجيال المختلفة

"وقد يعوق التمسك الجامد بالتقاليد والمهارات من التوافق الاجتماعي عند الشيوخ، ويحتاج التوافق الاجتماعي أيضا إلى التوافق مع الأجيال الأخرى حتى يحفظ الشيخ لنفسه التوافق الاجتماعي".[1]

8- المظاهر الجنسية :

إن المشاكل الجنسية تزداد في سني الحياة المتأخرة وتتركز في القلق على النشاط الجنسي ،حيث كل من النساء والرجال يتناقصون في النشاط الجنسي عند الكبر، والطريقة التي يتكيفون بها قد تختلف وأدوار الحياة كلها مختلفة ،فكل منهما يجب أن يعمل نوعا من التكيف، فالنساء يملن إلى القلق لأنهن يشعرن بأن جاذبيتهم قد قلت والرجال يشعرون أنهم أقل رجولة وحيوية،"ولدراسة كنيرني " بعض القيمة في هذه الناحية، حيث وجد بأن السلوك الجنسي كان يتأثر بأحد عشر متغير على الأقل من بينها عامل العمر ، فقد وجد أن السلوك الجنسي لم يكن متشابها عند المسن كما هو عند الشباب كما تجعل الشيخوخة المرأة المسنة أكثر جاذبية من الناحية الجنسية .[2]

[1] - حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسي، دار النشر عالم الكتب، ط3، سنة1977 ص543

[2] - ليدفوردج بيسكوف، علم النفس الكبار، دار المنظمة العربية والثقافة والعلم، ترجمة عايف حبيب، بغداد1984،ص206

9- مشكلات المسنين:

1-المشكلات الصحية:

"المرتبطة بالضعف الصحي العام والضعف الجسمي وضعف الحواس كالسمع والبصر وضعف القوة العضلية والتعرض بدرجة أكبر من ذي قبل للإصابة بالمرض وعدم مقاومة الجسم وقد يظهر لدى الشيخ توهم المرض"

2- المشكلات العاطفية:

المتعلقة بضعف الطاقة الجنسية أو التشبث بها فقد يتزوج الشيخ من فتاة في سن بناته ،و إذا ما ضعف جنسيا ألقى اللوم عليها وبدأ يشك في سلوكها.

3- مشكلة سن اليأس:

وهو عند المرأة يتعين بمرحلة انقطاع الحيض وعند الرجل يتعين بالضعف الجنسي الأولي أو الثانوي ويكون سن اليأس مصحوبا في بعض الأحيان باضطراب نفسي أوعقلي، قد يدون ملحوظا أو غير ملحوظ ويكون ذلك في شكل السمنة والإمساك والصداع والاكتئاب النفسي.

4- مشكلة التقاعد:

يشعر بالقلق على حاضره والخوف من مستقبله مما يؤدي به إلى الانهيار العصبي وخاصة من زيادة الفراغ ونقص الدخل ،فتفرض عليه حياته الجديدة أسلوبا جديدا من السلوك لم يألفه من قبل لا يجد المرونة الكافية لسرعة التوافق معه وخاصة إذا أشعره الناس أنه لا فائدة منه.

5- الشعور الذاتي بعدم القيمة:

الشعور بأن الآخرين لايقبلونه ولا يرغبون في وجوده وما يصاحبه ذلك من ضيق وتوتر وقد يقدم على الانتحار.

6- الشعور بالوحدة والعزلة النفسية:

عند زواج الأبناء وانشغالهم بأمورهم ،أوفي حالة موت الزوج أوالزوجة وتقدم العمر والمرض مما يقلل الاتصال الاجتماعي .

7- اضطرابات العلاقات الاجتماعية :

[1]ضعف العلاقات بين المسنين وأصدقائه وانحصارها في دائرة تقتصر على نطاق الأسرة.

8- الشعور بقرب النهاية :

فقد يعيش بعض الشيوخ وكأنهم ينتظرون النهاية والقضاء المحتوم ويتحسرون على شبابهم .

9- الأنانية:

" تلاحظ عند البعض بازدياد الاهتمام بالنفس مثل أنانية الأطفال يزيد الاهتمام خاصا به وبطلباته ،فمن خصائص الشيخوخة العودة إلى جعل الذات مركز الاهتمام الشخصي .[2]

10- المسنون في الإسلام :

الإسلام دين الإنسانية إنه يحترم الإنسان ويصون كرامته ولقد كرم الله بني آدم وجعلهم خلفاء في الأرض لعمارتها. ولقد حرص الإسلام على تنظيم العلاقات الأسرية والاجتماعية على أساس من العدل والتعاون والمساواة والتضامن "و تعاونوا على البّر والتقوى ولا تعاونوا ا على الإثم والعدوان" وعلى أساس من التضامن والتكافل والوحدة والإتحاد "والمسلم للمسلم كالبنيان يشّد بعضه بعضا" وقد أمر الإسلام برعاية الصغير "والصغير حتى يكبر " وأمر بتوقير الكبير وخاصة الوالدين

[1] - حامد عبد السلام زهران – الصحة النفسية والعلاج النفسي – نفس المرجع السابق ص 547
[2] - عبد المنعم الميلادي، الأبعاد النفسية للمسن، نفس المرجع السابق ص48

"واعبدوا الله ولا تشركوا به شيئا وبالوالدين إحسانا ، وبذي القربى واليتامى والمساكين والجار الجنب والصاحب بالجنب وابن السبيل وما ملكت أيمانكم" النساء الآية 36

ورعاية الإسلام شاملة لكل قطاعات المجتمع، ومن ثم كانت رعاية المسنين في أمور شتى اجتماعية ونفسية واقتصادية وتشريعية وإنسانية. كما دعي الإسلام إلى صلة الرحم وتوثيق الروابط الأسرية والعطف والإحسان "واتقوا الله الذي تساءلون به الأرحام".[1]

ومن هنا فالإسلام ينظر للإنسان نظرة تكريم وتقديس وتفضيل منذ طفولته إلى مرحلة الكهولة والشيخوخة بل ذهب بعيدا إلى مرحلة الموت. فعلى المجتمع أن يواري جثة الميت كائنا من كان

وعليه فإذا صار أحد الأفراد من الوالدين شيخا قد بلغ من الكبرعتيا فإن الإسلام ليضيعه بل يحفظ حقه ويرعاه ولا يتركه مهملا بل يضمن حقه اجتماعيا في العيش والملبس وما إلى ذلك من ضروريات الحياة ، ومما يروى في إثر النبي "صلى الله عليه وسلم " جاءه أحد الذين أرادوا الجهاد

ولكنه قال إن والديا كبيران مسنان ،فاعترض النبي "صلى الله عليه وسلم " على خروج هذا الرجل وقال : " إرجع ففيهما فجاهد" وهذا من التكافل الاجتماعي في الإسلام وصنف من صنوف التعاون [2]

*كما يقول أشرف خلق "صلى الله عليه وسلم " " ليس منا لم يوقر كبيرنا ويرحم صغيرنا" ومن توقير الشيوخ تعليم الصغار كيف يخاطبون منهم أكبر منهم سنا . كما دعت آية البّر بالوالدين والإحسان إليهما في سورة الإسراء " إما يبلغن عندك الكبر أحدهما أو كلاهما ، فلا تقل لهما أفٍ ولا تنهرهما وقل لهما قولا كريما واخفض لهما جناح الذل من الرحمة وقل ربي إرحمهما كما ربياني صغيرا" [3]

---

[1] - عبد المنعم الميلادي، الأبعاد النفسية للمسن، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية 2002ص143

[2] - عبد المنعم الميلادي، مرجع سبق ذكره، ص 144

[3] - سورة الإسراء الآية 23-24

وبهذه الآية إن القرآن الكريم يطالب بالبر بالوالدين والرحمة في قلوب الأبناء وأول مرتبة من مراتب الرعاية والأدب أن لا يصدر من الولد ما يدل على الضجر والضيق وما يسمى بالإهانة "وقل لهما قولاً كريماً " أن يكون كلامك لهما باحترام بإكرام " وقل ربي ارحمهما كما ربياني صغيرا " فهنا في الطفولة كان يرعاه الوالدين وهما اليوم مثله من الضعف والحاجة إلى الرعاية والحنان.[1]

[1] - عبد المنعم الميلادي، نفس المرجع السابق ص145

خلاصة الفصل:

إن الشيخوخة مرحلة عمرية يمر بها كل إنسان وهي عرضة للصحة والمرض ،وتدهور صحة المسن ترجع إلى تغيرات صحية ونفسية وانحرافات سلوكية وحالات اليأس والقنوط التي يعيشها نتيجة الألم والعجز والضعف فالمسن عرضة لمختلف الأمراض نظرا لكبر سنه وعدم التحمل فتتغير تصرفاته وتتسم بالأنانية وحب السيطرة .

تمهيد

في كل مرحلة من العمر يحتاج الصغير والكبير إلى رعاية ولكن نوعية الرعاية تختلف من مرحلة عمرية إلى أخرى ،فمرحلة الطفولة يحتاج الطفل الرعاية من الأم ، كذلك هي مرحلة الشيخوخة فالمسن كالطفل الرضيع يحتاج إلى الرعاية والحنان والعطف من الآخرين ففي هذه المرحلة التي يعيشها كبار السن هي مرحلة التدهور مع الضعف ، الإحساس بعدم الفائدة ولهذا يحتاج إلى من يكون في الإستماع لشكواه ومعاناته وطلباته وإحتياجاته وهي مهمة المختص النفساني الذي يستطيع من خلال حديثه مع المسن أن يخفف ولو بقليل من الشعور بالألم الذي يعاني منه وبذلك هو بحاجة إلى تكفل نفسي ورعاية وعطف المحيطين به وبهذا سنتناول في هذا الفصل الأخصائي النفسي ودوره في رعاية والتكفل النفسي بالمسن وطرق التكفل وطبيعته .

1)- تعريف الأخصائي النفسي:

هو ذلك الشخص الذي تخرج من قسم علم النفس في إحدى الكليات النظرية (قسم علم النفس وعلوم التربية) حيث يدرس ويتلقى تدريبه ليحصل بعدها على شهادة ليسانس في علم النفس ثم يتجه للعمل في أحد قطاعات الحكومة كالمدارس والمستشفيات العامة أو النفسية ، ويتركزعمله في تطبيق المقاييس النفسية وإختبارات الذكاء وكذلك بعض الجلسات العلاجية كالعلاج المعرفي والعلاج السلوكي ، ويعد دور الأخصائي النفساني دورا مهماً في تكامل عمل الفريق الطبي . [1]

1-السمات والخصائص التي تساهم في تكوين الأخصائي النفساني الكفء:

1-سمات إنسانية عامة كالأمانة والتسامح والإهتمام بالآخرين وحب مساعدتهم والمثابرة والإخلاص في العمل والثقة بالنفس والقدرة على تحمل المسؤولية .

2- أن يكون محبا لعمله

3- أن تكون له قدرات خاصة وإستعدادات ومهارات وخبرات ومعارف .

4- أن يكون قادرا على الإحتفاظ بسر العملاء (سر البيانات والمعلومات).

5- أن يتصف سلوكه بالمودة والرحمة والتعاون وأن يقيم علاقات إيجابية مع عملائه.

6- أن يتصف بالموضوعية والحياد والبعد عن العوامل الذاتية.

7- الإلمام بمبادئ علم النفس وأصوله وقواعده ومناهجه وخاصة علم النفس الإكلينيكي .[2]

8- العلاقة المهنية حيث يجب أن تكون العلاقة المهنية بين الأخصائي النفساني والمريض

---

[1]- جمعة سيد يوسف – الإضطرابات السلوكية وعلاجها – دار الغريب – القاهرة – مصر -200 ص380

[2]- جمعة سيد يوسف – نفس المرجع ص380

محددة ومحكومة بالمعايير الإجتماعية والقيم الأخلاقية .

2- أدوات الأخصائي النفساني:

من أبرز الأدوات المستخدمة في علم النفس التعرف على قدرات الفرد وإمكاناته هي :

1)المقابلة 2)الملاحظة 3) الإختبارات النفسية 4) دراسة حالة.

2-1- المقابلة:

" تعتبر من الأدوات الضرورية لفهم الفرد عن قرب وإدراك مشاعره وإتجاهاته تجاه المواقف التي يواجهها وإتجاه العالم المحيط به" فهي نوع من المحادثة التي تتم بين المختص النفساني والمريض في موقف مواجهة بهدف الحصول على معلومات عن سلوك المريض ومشكلاته وإضطراباته والعمل على حلها لكن يجب أن تكون في مناخ نفسي آمن تسوده الثقة المتبادلة والسرية التامة.[1]

2-1-1) أهداف المقابلة:

1-ينبغي على المختص في البداية أن يبتعد عن الأسئلة الشخصية المباشرة .

2- تسجيل الملاحظات والإستجابات وإنطباعات المريض .

3- تتيح المقابلة للمريض بالتفريغ الإنفعالي عن أفكاره ومشاعره الواعية أو اللاواعية .[2]

4- إن المقابلة عندما تستخدم بطريقة إيجابية فإنها تقدم للمختص النفساني معطيات هامة وعميقة

[1]- فيصل عباس – الإختبارات النفسية – دار الفكر العربي- بيروت – ط1- 1996 ص31
[2]- جمعة سيد يوسف – الإضطرابات السلوكية وعلاجها – دار الغريب – القاهرة –مصر – 2000 ص65

الدلالة إنها تزودنا بتفاعل دينامي بين شخصين يكون فيه القائم بالمقابلة (المختص النفساني) مشاركا وملاحظا.[1]

2-1-2) أنواع المقابلة:

أ-المقابلة الإستفهامية :

" تهدف إلى جمع المعلومات والبيانات عن الفرد عن طريق الأهل والأقارب والأصدقاء وزملاء العمل بقصد تقييم الحالة وتشخيصها والكشف عن أبعاد المشكلة التي يعاني منها المريض.[2]

ب- المقابلة التشخيصية:

جمع المعلومات والبيانات بهدف الوصول إلى حلول المشكلة أوالمشكلات التي يشكو منها الفرد وتختلف من حالة لأخرى حسب درجة ونوعية الحالة وتوجد هناك خطوات مشتركة تشتمل عليها كل مقابلة ،صياغة المشكلة على لسان المريض وإهتمامات المريض وطموحاته وميوله ودوافعه وحوافزه ومدى إستبصاره بإحباطاته وصراعاته وخبراته الأليمة والتقلب المزاجي [3]

ت- المقابلة العلاجية :

تقديم التوجيهات العلاجية ومتابعتها من خلال جلسات ،مقابلات متتالية ،تتم على مدى فترة زمنية معينة.

ث- المقابلة البحثية :

إجراء بحوث للحصول على معلومات أكثر عمقا عن المريض ، بالإضافة إلى ذلك يقسم بعض

---

[1]- فيصل عباس - نفس المرجع السابق ص431

[2]- إجلال محمد سري – علم النفس العلاجي – عالم الكتب – القاهرة – مصر – ط1-1990ص45

[3]- جمعة السيد يوسف – الإضطرابات السلوكية وعلاجها – مرجع سبق ذكره ص58

الباحثين المقابلة التي تجري في المجال الإكلينيكي:[1]

-**مقابلة القبول بالعيادة أو المستشفى :** وذلك لتحديد مدى خطورة الشكوى وسبب القدوم.

- مقابلة البحث الإجتماعي : حيث يتم جمع كل ما يمكن من معلومات شخصية وإجتماعية عن المريض وخلفيته منذ الميلاد وفي الوقت الراهن .

- **مقابلة الفحص النفسي والعقلي** :بالإضافة إلى ما سبق الوصول إلى التشخيص المبدئي للحالة و إستكمال عملية الفحص من خلال وسائل و أساليب أخرى مثل الإختبارات النفسية

-**مقابلة الممهدة والتالية الإختبارات النفسية**:و هي الأدوات الأساسية التي يطبقها الأخصائي لفحص الجوانب العقلية و المزاجية و الحركية و السلوكية للإسهام في عملية التشخيص و تقيم فاعلية العلاج

مقابلة ممهدة للعلاج النفسي :للتعريف بالعلاج النفسي و طبيعتة و متطلباته و زيادة دافعية المريض للدخول في هذا النوع من العلاج و تعرف المريض بمشكلته و إضطرابه و طريقة العلاج المناسب وضرورة تعاونه مع المختص النفساني و يقوم بشرح و تفسير المشكلة أو المرض للمريض و تعديل آرائه و إتجاهاته الخاطئة نحو العلاج النفسي و طول فترة العلاج و عد د الجلسات .

3-1-2) شروط المقابلة الناجحة :[2]

-أن تكون المقابلة في ظروف بيئية ملائمة مثل :درجة الإضاءة والتهوية وإنخفاض الضوضاء والمثيرات المشتتة داخل الغرفة وتوفير المقاعد المريحة .

- قدرة الأخصائي على إقامة علاقة دافئة ومشجعة بينه وبين المريض وتكوين هذه العلاقة تعتمد على شخصية الأخصائي وخبرته وعلى إتجاه المريض أيضا.

[1]- جمعة سيد يوسف – الإضطرابات السلوكية وعلاجها – دار الغريب – القاهرة -2000ص 70
[2]- جمعة سيد يوسف – نفس المرجع ص 83

-يجب أن لا يشرد وقت المقابلة حتى لاينسى شيئا مما قاله المريض .

- السرية وهي شرط أساسي ويجب مراعاتها مهما كان عمر المفحوص ومهما كانت درجة أو نوع مشكلته ، في بعض الأحيان يأتي المريض إلى العيادة وهو قلق من إفشاء أسراره وفي هذه الحالة يجب أن نطمئن المريض على سرية مشكلاته.

- عدم التحدث على الهاتف أمام المريض عن مريض آخر أو يناقش مع المريض مشكلة مريض آخر.

- أن يكون الأخصائي له كفاءة ومهارة وهذا أمر ضروري لضمان نجاح المقابلة مثل الملاحظة وحسن الإصغاء قبل التحدث وتوجيه الأسئلة.

2-1-4) أسس ومبادئ المقابلة :

1-الإحترام المتبادل بين الأخصائي والمريض .

2- بدء المقابلة بأسلوب سليم بتوضيح الغرض منها .

3- الإنتقال بسرعة مناسبة أثناء المقابلة من موضوع إلى آخر وتسجيل المقابلة بأسرع مايمكن سواء أثناء أو بعد المقابلة .

4- تشجيع المريض على أن يعبر عن أفكاره ومشاعره في حدود وقت المقابلة .

5- الإلتزام بالمبادئ التي تنطوي عليها المواثيق الأخلاقية التي تحدد طريقة التعامل مع المريض.[1]

2-1-5) محتوى المقابلة :

1-صياغة مشكلة المريض وذلك من واقع تعبيره.

[1]- جمعة سيد يوسف- الإضطرابات السلوكية وعلاجها – مرجع سبق ذكره ص 83

2-العادات والسلوكات والأنشطة التي يفضلها .

3- الأعراض الإنفعالية والوجدانية والأعراض الجسمية والمرضية .

4- الأعراض المرضية النفسية كالمخاوف والقلق والتوتر والوسواس .

5- العلاقات الإجتماعية والقدرات اللغوية والتفكير والذكاء.[1]

2-2) الملاحظة :

هي وسيلة هامة للحصول على المعلومات اللازمة عن سلوك وتشمل الملاحظة ملاحظة السلوك في مواقف الحياة الطبيعية ومواقف التفاعل الإجتماعي بكافة أنواعه في اللعب وفي مواقف الإحباط .[2]

1-2-2) أهداف المقابلة:

1-تسجيل الحقائق الخاصة بسلوك المريض.

2- تسجيل التغيرات التي تحدث في سلوكه نتيجة النمو .

3- تحديد العوامل التي تحركه سلوكيا وتفسير السلوك الملاحظ.

2-2-2) أنواع الملاحظة :

أ-الملاحظة المنظمة الخارجية:المشاهدة الموضوعية والتسجيل لنواح سلوكية معينة دون التحكم في الظروف والعوامل التي تؤثر في هذا السلوك.

ب- الملاحظة المنظمة الداخلية : تكون من الشخص نفسه لنفسه التأمل الباطني وهي ذاتية بطبيعتها ومن عيوبها لا تستخدم مع الأطفال .

---

[1]- جمعة سيد يوسف – الإضطرابات السلوكية وعلاجها- مرجع سبق ذكره ص84

[2]- إجلال محمد السري – علم النفس العلاجي – عالم الكتب – القاهرة –مصر – ط1- 1990 ص59

ت- الملاحظة المباشرة : تكون مع المريض وجها لوجه في المواقف ذاتها .

ث- الملاحظة غير مباشرة : وهي التي تحدث دون إتصال مباشربين الملاحظتين والمرضى دون أن يكونوا مدركين أنهم موضع الملاحظة .[1]

3-2-2) عوامل نجاح الملاحظة :

-سرية المعلومات

- الموضوعية في التسجيل وتفسير السلوك .

- الدقة في إجراء الملاحظة والخبرة والتدريب الجيد.

4-2-2) خطوات إجراء الملاحظة :

1-التخطيط المنظم للملاحظة وذلك بالإعداد والتحديد المسبق للسلوك المراد ملاحظته وتحضير الأدوات اللازمة للتسجيل وتحديد الزمان والمكان الذي تتم فيه.

2- المكان يكون في حجرات مجهزة بالأدوات والأجهزة اللازمة .

3- التسجيل يجب أن تسجل الملاحظة بعد المقابلة مباشرة ويجب الإسراع في تسجيلها (تسجيل تاريخ ومكان وزمان الملاحظة وأسماء من قاموا به .

3-2) الإختبارات النفسية:

من أهم وسائل جمع المعلومات والفحص والتشخيص والكشف عن سلوك الفرد فهي تكشف عن قدرات الفرد الخاصة والعوامل المؤثرة في سلوكه بالإضافة إلى كشف مشاعر الفرد وإنفعالاته وإتجاهاته وقد إعتبرت الإختبارات كمواقف إختيارية تساعد على ملاحظة سلوك الفرد ومشاعره

[1]- جمعة سيد يوسف – الإضطرابات السلوكية وعلاجها – مرجع سبق ذكره ص65-66

تجاه هذا الموقف وكذلك طريقته في معالجة المسائل المطروحة عليه وأسلوبه في التعاطي معها وموقف إتجاه الفاحص (المختص) وعليه فالإختبارات وسيلة جيدة لتحديد دوافع وصراعات وإهتمامات وإستعدادات المريض ، وهناك أنواع من الإختبارات : اللفظية ، الفردية ، والجماعية، العملية والورقية ، تكمن الفائدة من هذه الإختبارات في دراسة السلوك الإنساني .[1]

1-3-2) شروط الإختبارات النفسية :

-الصدق والثبات

- الموضوعية

- سهولة الإستخدام

2-3-2) شروط إستخدامها:

-مراعات دقة إختيارها ومهارة الأخصائي في تطبيقها وقابلية المريض لها .

- مراعات الشروط الأساسية لإختيار المكان المناسب لأدائها والمناخ النفسي والإجراء السليم وتفسير نتائجها موضوعيا.[2]

4-2) دراسة الحالة:

هي تتضمن جمع المعلومات عن حالة الفرد (تاريخ النمو ، وضع الدراسة ، الوضع الصحي ومشكلاته)، كما أنها طريقة لجمع المعلومات وتنظيمها بصورة منهجية تيسر من توظيفها لخدمة أهداف المريض، وتشمل دراسة الحالة دراسة تاريخ الحياة وتطور الشخصية عبر مراحل مختلفة،

[1]- فيصل عباس-الإختبارات النفسية (تقنياتها وإجراءاتها)- دار الفكر العربي – بيروت –ط1 -1996
[2]- إجلال محمد السري – علم النفس العلاجي – نفس المرجع السابق ص63

تتناول البيانات العامة للمريض وحالته الجسمية والصحية ومستواه العلمي والمهني والنواحي الإجتماعية والإنفعالية وطبيعة المشكلات التي تعترض حياته وأساليب حلها

فإن دراسة الحالة تكشف للأخصائي النفساني وقائع حياة شخص (مريض) منذ ميلاده حتى الوقت الحاضر.[1]

2-5) دور الأخصائي النفساني:

دوره هو إنساني بالدرجة الأولى فأول مايقوم به هو أن يحس بالطرف الآخر ويشعر بمعاناته ويحاول مساعدته وذلك بالإعتماد على تقنيات : الفحص النفسي والتشخيص والعلاج .

2-5-1) الفحص النفسي :

هو أساس تشخيص الموقف والعلاج السليم ويجب أن تكون عملية الفحص دقيقة واضحة الهدف ،فقد يأخذ الفحص النفسي شكل إجراء بعض الإختبارات وإستخلاص نتائجها أو شكل تشخيص من حالة

إنطلاقا من تحديد بعض الأعراض المميزة الظاهرة أو تتخذ شكل دراسة شاملة للشخصية بمختلف أبعادها الذاتية والموضوعية[2]

أ-هدف الفحص:

1-فهم شخصية المريض ديناميا ووظيفيا وإبراز مظاهر القوة والضعف .

2- تحديد الإضطرابات الشخصية للمريض والتي تؤثر على توافقه النفسي والإجتماعي والمهني والأسري.

3- تحديد إمكانات الفرد ورسم معالم شخصيته ومشكلات وإضطراباته وصولا إلى تشخيص الحالة [1]

[1]- فيصل عباس – الإختبارات النفسية (تقنياتها وعلاجها) – نفس المرجع السابق ص 34
[2]- فيصل عباس – نفس المرجع ص36

ب- شروط الفحص :

-موضوعية الفحص والبعد عن الذاتية بقدر الإمكان .

- الدقة في إستخدام أدوات الفحص .

- بذل أقصى جهد لتغطية كل ماهو مطلوب في عملية الفحص .

- تعاون العميل في إعطاء البيانات .

- سرية المعلومات والبيانات وتنظيمها وتقييمها بدقة وعناية.[2]

ج- تحضير الفحص النفسي:

-تهيئة مواقف الفحص وهي تهيئة الظروف المادية التي تساعد الفرد (المفحوص)بالتعبير عن نفسه والإفصاح عن مشاعره وأفكاره.

- إستعداد الفاحص لإستقبال المفحوص يكون قد أعد المواد التي يحتاجها للفحص (الإختبارات).

- إيطار الممارسة العملية وهنا على الفاحص المعرفة بالمشكلة وعليه تحدد الطرق.[3]

6-2) التشخيص النفسي :

1-هو تحديد وتجميع المعلومات عن الإضطرابات أو المرض ، أوهو الطريق الذي يؤدي إلى التعرف على نوع الإضطراب أو المرض ، فالتشخيص يساعد في فهم المرض وما يعانيه والفهم العميق والشامل لسلوك المريض وهو عملية علاجية أكثر من مجرد تصنيف المريض ضمن فئة مرضية .

---

[1]- إجلال محمد سري – علم النفس العلاجي –مرجع سبق ذكره ص54

[2]- إجلال محمد سري – علم النفس العلاجي – نفس المرجع السابق ص 54

[3]- فيصل عباس – الإختبارات النفسية (تقنياتها وعلاجها)- نفس المرجع السابق ص37

2- يشير مصطلح التشخيص النفسي إلى ذلك الجهد الذي يبذله السيكولوجي من أجل التوصل إلى تحديد ووصف الخصائص الثابتة والعامة نسبيا لشخصية الفرد[1]

2-6-1) أهداف التشخيص النفسي :

للتشخيص هدف معرفي وهدف عملي تطبيقي هناك إرتباطاً وثيقاً بين هذين الهدفين حيث أن الهدف المعرفي أو النظري يعد بمثابة الخطوة الأولى الضرورية التي لايمكن أن يتحقق الجانب العملي دون إكتمالها ومن ناحية أخرى لايعتبر التشخيص النفسي تشخيصا إذا إقتصرت على الوصف والتفسير

دون وضع تصور للتطبيقات العملية في ضوء المعلومات النظرية المتوفرة .

أ-هدف المعرفي :

إن الحصول على كم غزيرمن المعلومات والبيانات لا يمكن أن يعتبر هدفا لعملية التشخيص النفسي

في حد ذاته إن غزارة البيانات التي يجمعها السيكولوجي تكون مفيدة عندما يخضعها السيكولوجي الخبير لمعالجته التي يستنبط منها تشخيصه .

ب- الهدف العملي :

العمل على وضع إستراتيجية عامة تتضمن خطط جزئية قابلة للتنفيذ الفعلي مع الحالة .[2]

2-6-2) مراحل خطوات التشخيص:

أ-مرحلة الإعداد :

وهي تتضمن عملية الإتصال بين السيكولوجي أو المختص النفساني وكافة المؤسسات ،العائلية التربوية أو المهنية للتعرف على مشاكل الفرد .

---

[1]- إجلال محمد السري – علم النفس العلاجي – نفس المرجع السابق ص54

[2]- فيصل عباس – الإختبارات النفسية (تقنياتها وإجراءاتها)- نفس المرجع السابق ص31

ب- مرحلة التزود بالمعلومات :

وتشمل المقابلات مع الفرد المفحوص ،تطبيق الإختبارات النفسية ومن ثم تصحيحها وبالتالي تنظيم نتائج المقابلات وتنسيقها .

ت- مرحلة تفسير المعلومات :

وهي تنظيم المعلومات التي حصل عليها الفاحص وتأويل المعاني المتضمنة ، تفسير نتائج الإختبارات وإستخراج كل ما يتصل بها .

ث- إتخاذ القرارات :

وتتضمن مناقشة نتائج الحالة وتشخيصها وتوضيح دلالتها ومن ثم إتخاذ قرارات نهائية مرتبطة بشأن كيفية العلاج لتلك الحالة وأسلوب التعامل ، كل هذه الأمور توضع في التقرير النفسي بشكل واضح.[1]

3) العلاج النفسي:

1-3) تعريف العلاج النفسي:

العلاج النفسي بمعناه العام هو نوع من العلاج يستخدم فيه طرق نفسية من أجل علاج مشكلات أو إضطرابات أو أمراض ذات صبغة نفسية وجدانية تؤثر في سلوك المريض تأثيرا سيئا يؤدي إلى إضطراب شخصيته وعدم قدرته على التكيف ويقوم المعالج النفسي وهو شخص سيكولوجي ومؤهل

علمياً وعملياً وفنياً بإزالة الأعراض المرضية الموجودة أو التخفيف منها مع مساعدة المريض على حل المشكلاته وتحقيق التوافق مع بيئته ومساعدته على تنمية شخصيته ودفعها نحو النمو النفسي

[1]- فيصل عباس – الإختبارات النفسية (تقنياتها وإجراءاتها) – دار الفكر العربي- بيروت –ط1 -1996ص32

والصحي بحيث يصبح المريض أكثر نضجاً وراحة وبإمكانه الإستفادة من قدراته وإمكانياته على أحسن وجه ممكن [1]

2-3) الشروط الواجب توفرها في العلاج النفسي:

أ-العلاقة بين المعالج والمريض:

لا بد أن تكون العلاقة بين المعالج والمريض قائمة على أساس من الإحترام والثقة والتقدير المتبادل

فلا بد على المعالج أن يتفهم مشاكل المريض ويؤمن بقدرته على حلها ويؤكد للمريض أن المعلومات على درجة كبيرة من السرية فمن الأسس الرئيسية للعلاج النفسي هي السرية التامة.

ب- إزالة الحساسية بين المريض والمعالج:

العلاج النفسي الناجح يعمل إزالة الحساسية بين المعالج والمريض ، فيجب على المعالج أن يناقش مع المريض الأحداث والمشاعر التي تسبب الإضطراب بحيث تتضح المشكلة التي يراها المريض ضخمة وصعب حلها بعد مناقشتها .

ت- تعزيز الإستجابات المتكيفة :

يقوم المريض بوضع ثقته في المعالج وهذا يمثل عمل مشجع ذلك لأن المعالج يقوم بأداء التأييد الإتجاهات السلوكية التي قد تؤدي إلى توافق أفضل .

ث- الطمأنينة والمساندة :

أن يتقبل الأخصائي صعوبات المريض ومساعدته على حلها يجعله يشعر بالأمن والمساندة والأمان والشعور بالأمل .

[1]- فيصل خير الزراد – علاج الأمراض النفسية والإضطرابات السلوكية – دار العلم – الطبعة 1 –سنة 1984 ص31

ج- التفسير:

يرغب المريض في أن يجد تفسير البعض المواقف التي يتعرض لها ،يكون مقنع فالتفسير المقنع يساعد على إزالة القلق والتوتر ويقوي العلاقة بين المعالج والمريض ويساعده على حل مشكلاته والتغلب على الصراعات التي يعاني منها .[1]

3-3) أهداف العلاج النفسي:

الهدف الرئيسي للعلاج النفسي هو تحقيق الصحة النفسية والتوافق النفسي أي مساعدة الفرد على تحقيق السعادة مع نفسه ومع الآخرين والتوافق مع نفسه ومع البيئة وإستغلال قدراته حتى يستطيع مواجهة مشاكل الحياة والعلاج النفسي يسعى دائماً لتحقيق عدة أهداف من بينها :

1-علاج أعراض المرض

2- التخلص من نواحي العجز والضعف وتعزيز نواحي القوة والتعرف على القدرات وتنميتها .

3- زيادة القدرة على حل الصراع النفسي والتغلب على الإحباط والتوتر والقلق وبصورة عامة سعى العلاج النفسي إلى نمو الشخصية ويسرها.[2]

4- زيادة وعي الفرد وإستبصاره وفهمه.

5- حل أو تصفية الصراعات التي تسبب عجزه .

6- زيادة قبول الفرد لذاته

7- توفير أساليب أكثر كفاءة للتعامل مع المشاكل

[1]- فيصل خير الزراد- علاج الأمراض النفسية والإضطرابات السلوكية – نفس المرجع السابق ص31-32

[2]- حامد عبد السلام زهران – الصحة النفسية والعلاج النفسي- دار النشر – عالم الكتب – سنة 1977ص100-102

8- مساعدة الفرد مع وضع خطة للعلاج وإرشاده إلى إتباع أساليب جديدة للتوافق ومواجهة مشاكله دون التمويه عليها ومساعدته على تنفيذ خطة العلاج

9- مساعدة المريض وتمكينه من التعامل بصورة أكثر فعالية بصرف النظرعن التقنيات والأساليب المستخدمة في العلاج

10- تعديل السلوك غير السوي واللاتوافقي للمريض وتعلم السوك السوي والتوافقي وتحويل الخبرات المؤلمة إلى خبرات معلمة.[1]

4-3) أنواع العلاج النفسي:

1-4-3) العلاج السلوكي:

توجد أساليب متعددة للعلاج النفسي لحالات على إختلاف أنواعها ومن أشهر العلاجات السلوكية يعتمد على إستخدام قوانين ونظريات التعلم الشرطي حيث تتم فيه محاولة حل مشكلات إضطرابات السلوك عن طريق تعديل السلوك المرضي للمريض.

محاولة لحل المشكلات وعلاج الإضطرابات السلوكية بأسرع ما يمكن بضبط وتعديل السلوك المرضي المتمثل في الأعراض وتنمية السلوك الإرادي السوي لدى الفرد [2]

***طرق العلاج السلوكي :**

أ- الإشراط التقليدي (الكلاسيكي) :

الإشراط المضاد أو التحصين التدريجي الإشراط المنفر ـ الإخماد

---

[1]- عبد الرحمن الوافي – الوجيز في الأمراض العقلية والنفسية- ديوان المطبوعات الجامعية – بن عكنون الجزائر – ط1- 1994ص90

[2]- إجلال محمد سري - علم النفس العلاجي- علم النفس العلاجي – نفس المرجع السابق ص 120

ب ـالإشراط المضاد أو التحصين التدريجي:

تتلخص هذه الطريقة في تدريب المريض على الإسترخاء ووضع مدرج للمواقف المقلقة له ويتم تعريض المريض لتلك المواقف أثناء جلسات الإسترخاء من أبسط المواقف المقلقة إلى أعقدها

ج ـالإشراط المنفر:

مثير يظهر السلوك الغير مرغوب فيه مثلا إستجابة القيئ يمكن أن تكون مصحوبة برؤية أو سم الكحول بنسبة لشخص المدمن و من خلالها يتعلم الشخص نظريا كيفية تجنب المثير أو السلوك الغير مرغوب فيه من أجل تجنب رد الفعل المنفر المشروط

ث ـ الإخماد(الإنطفاء):

هي عبارة تستخدم لتصف وصفا يكون فيه ظهور المثير المشروط لم يعد معززا و بالتالي فإن تعزيز الإجابة يؤدي حدوث الإنطفاء [1]

3-4-2) العلاج بالتحليل النفسي:(فرويد)

ـ عملية علاجية يتم فيها إكتشاف المواد المكبوتة في اللاشعور وهي في جملتها خبرات مؤلمة و دوافع متصارعة و صراعات قوية و يتم تحويلها من اللاشعور إلى الشعور عن طريق التعبير اللفظي و التداعي الحر و تحليل الأحلام.[2]

يعتمد التحليل النفسي على العلاقة بين المعا لج و مريضه في إطار و ضعه المعالج إعتماده على المفهوم الأساسي و هو اللاشعور الذي أرصنه Freud وهي الطريقة التي جاء بها فرويد بعد ما تخلى عن تقنية التنويم المغناطسي حيث تستهدف البحث عن مصدر الإضطراب في الصدمات الإنفعالية و الخبرات و الدوافع المكبوتة في الطفولة المبكرة[3]

1-إجلال محمد سري ـ علم النفس العلاجي ـ نفس المرجع ص 120

[2]- إجلال محمد سري – علم النفس العلاجي- نفس المرجع ص99

[3]- سعدوني غديري مسعودة – مصير الأطفال المصدومين من جراء العنف ماذا بعد التكفل النفسي؟ - دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع – عين مليلة الجزائر 2011 ص205

***إجراءات التحليل النفسي:**

1- يجب أن يكون المعالج مؤهلا وخبيرا بالتحليل النفسي ويرى البعض أن يكون المعالج نفسه قد سبق تحليله نفسيا لضمان خلوه من العيوب النفسية.

2- إتصاف المعالج بالذكاء وسرعة البديهية وروح الدعابة وقدراته على الحوار والمناقشة .

3- التأكد من أن المريض ومرضه يصلحان لتحليل النفسي.

4- توفير المناخ الملائم للمريض حتى يتمكن من الحصول على كافة المعلومات .

5- التركيز على أهمية العلاقات العلاجية الدينامية بين المعالج والمريض.[1]

***طرق التحليل النفسي:**

أ- التنفيس الإنفعالي :

أول من إستخدم ذلك سيجموند فرويد في إجراء التنفيس الإنفعالي بإستدراج محتويات اللاشعور إلى حيز الشعور وذلك بمساعدة المريض على التذكر الخبرات والصدمات الماضية الأليمة وإسترجاعها وذلك للتخلص من الشحنات الإنفعالية الضارة.[2]

ب - التداعي الحر :

هو تشجيع أو الطلب من المريض على إطلاق العنان لأفكاره وخواطره وإتجاهاته وصراعاته ومشاعره تلقائيا دون توجه من المعالج دون قيد أو شرط سواء كانت هامة أو تافهة مع ملاحظة الإنفعالات والحركات التي يقوم بها المريض أثناء التداعي والإهتمام بزلات اللسان والهفوات وتتطلب عملية التداعي الحر أن يستلقي المريض على مقعد مريح ليكون في حالة إسترخاء ثم يطلب المعالج من المريض أن يفحص عن كل ما يدور بخاطره من أفكار وذكريات مهما كان نوعها.[3]

---

[1]- إجلال محمد السري – علم النفس العلاجي- عالم الكتب – القاهرة – مصر –ط1 1990ص99

[2]- إجلال محمد السري – نفس المرجع – ص109

[3]- عبد الرحمن الوافي – الوجيز في الأمراض العقلية والنفسية – ديوان المطبوعات الجامعية بن عكنون الجزائر – ط4 1994 ص90

ت ـ تحليل الأحلام :

يقول سيجموند فرويد " إن الحلم هو الطريق إلى اللاشعور " وقد ميز فرويد بين المضمون الصريح والمضمون الكامن للحلم فهو ما يرويه الشخص ويرتبط عادة بذكريات يوم الحلم وبالخبرات السابقة.[1]

ث ـ التحليل النفسي بالمسامرة:

تعتبر هذه الطريقة أسهل طرق التحليل وأقصرها حيث لاتتطلب سوى أن يهيء المعالج لمريضه الجو المناسب .

ج ـ التحليل النفسي بإختبار الترابط اللفظية :

هي ذكر المريض عدد من الكلمات كل منها تنبيه والطلب منه على قول ما يدور في فكره عند سماع كل منها دون أن يحاول إخفاءه أو تغييره مع ملاحظة المعالج إلى حالة وشعور المريض عند سماعه كل كلمة وكذلك ملاحظة طريقة الإجابة .

خ ـ التحليل النفسي عند يونغ:

يخص إهتمامه بما يصادف المريض من مشكلاته وصدمات منها مشكلات الحالية الجنسية وغير الجنسية وتعتبر الأحلام مصدر عون للمعالج .

د ـ التحليل النفسي حسب طريقة أدلر:

في حدوث المرض النفسي مشكلة الشعور بالنقص وما يعانيه المرء في إحتكاكه بالمجتمع ،وطريقته هذه هي البحث عن مثل هذه المشكلة وحلها مع تشجيع المريض الإنخراط في الحياة .[2]

3-4-3) العلاج الجماعي :

بدأت فكرة العلاج الجماعي في الولايات المتحدة الأمريكية بفضل T.Burrow الذي كان يرى آنذاك أن التحليل النفسي مركز على الفرد ومنه أراد إدماج العامل الإجتماعي خلال العشرينات وسماه التحليل الجماعي شرع بعدها R. Slavson في سنة 1934، في العمل مع الأطفال في مرحلة

[1]- إجلال محمد السري – علم النفس العلاجي – نفس المرجع السابق ص 112-113

[2]- فيصل خير الزراد – علاج الأمراض النفسية والإضطرابات السلوكية – دار العلم – الطبعة 1 – سنة 1948 ص243-244

الكمون ،ثم عممه على المراهقين والراشدين ثم بدأ الإهتمام في نفس الفترة بالعلاج الجماعي التحليلي وإدخال عدة مبادئ وتقنيات وعلاجات فردية ،أصبحت التسمية " علاجات جماعية " والتي صارت بعد ذلك وحدة علاجية في علم النفس العيادي .[1]

***تقنيات العلاج النفسي الجماعي :**

- العلاج النفسي الدراسي عن طريق المسرح وذلك بلعب الأدوار .
- الجماعات المناقشة
- الجماعات التربوية
- العلاج بالعمل وأنشطة جماعية في أوقات الفراغ وبهذا يسترجع المرضى توازنهم وتوافقهم في الحياة .[2]

4- طرق التكفل النفسي :

4-1) التكفل النفسي بمختلف الأمراض التي تصيب المسنين:

يستطيع الأخصائي النفساني أن يلعب دورا مهما في علاج المرضى من خلال التخفيف بالشعور باليأس والضيق والشك فلكل مرض طريقة للتكفل النفسي نذكر البعض من الأمراض:

أ- التكفل النفسي بمرض الزهيمر :

يعمل المختص على تحسين مفهوم المسن لذاته وتعاونه مع الوظائف اليومية وذلك عن طريق:

- تعديل البيئة لتتلائم مع المسن .
- مساعدة المسن على إستبدال الوظائف اليومية .
- مساعدة المسن على التخفيف من إتكاله على القدرات المنهكة المتضررة .
- إستعمال العلاج الأسري من خلال دعم ومساعدة الأسرة لأن المريض بالزهيمر يحتاج إلى رعاية تمريضية في المنزل .

---

[1]- سعدوني غديري مسعودة – مصير الأطفال المصدومين من جراء العنف ماذا بعد التكفل النفسي ؟مرجع سبق ذكره ص202

[2]- محمد بلحاج فتيحة – كرزازي فهيمة – مذكرة تخرج لنيل شهادة ليسانس – علم النفس العيادي – دراسة التكفل النفسي بالمدمن على المخدرات تحت إشراف شعبان الزهرة جامعة وهران 2004 ص73

ـ يجب مراقبة المريض لأن مريض الزهيمر يضل الطريق أثناء التجوال لذا يجب حمايته من التجوال والأعمال الخطيرة .[1]

ب ـ التكفل النفسي بمرض الإكتئاب :

حيث تظهر ردود أفعال عدم التكيف ،فهو يعبر عن معاش أو حالة نفسية صعبة ويتم التكفل عن طريق العلاج النفسي ، العلاج السلوكي .

ـ حيث في العلاج النفسي يعالج المريض بجلسات منظمة تعتمد على الحديث وفتح المجال للمريض بالتعبير عما يجول بخاطره وأن يتكلم بصراحة ،حيث تسمح بالتعبير عن الحالة في الوضع الراهن والماضي.

ـ وفي العلاج السلوكي المعرفي من خلال التعزيز الإيجابي لسلوكات جديدة متعلمة تكيفية وتكرار نشاطات المريض من خلال تفاعلاته الإجتماعية من خلال التوجيه والتدريب الميداني ،فهو يقوم على إعادة التركيب للبنية المعرفية تقوم على تدريب المريض على كيفية التبديل تأويلاته للحوادث الخارجية وتعلم الإسترخاء في وجه هذه الحوادث.[2]

ج ـ التكفل النفسي بالقلق والمخاوف المرضية :

وتكون عن طريق الإسترخاء وهي طريقة علاجية ترتكز على التوافق الكلي للإنقباض والتقلص العضلي المصاحب للتوتر حيث تكون عملية الإسترخاء في مكان هادئ ومريح لتقوم كل عضلات الجسم بالإرتخاء ويتخللها نفس عميق وعليه فالإسترخاء مهم لمرضى القلق والمخاوف المرضية لتخفيف من حالات التوتر والقلق فهي عملية تهدف إلى التوازن الداخلي بين العقل والجسم .[3]

[1]- عبد الرحمن العيسوي – علم النفس الشواذوالصحة النفسية – دار الراتب الجامعية – سوفنير – لبنان –ط1 – 1999 ص147

[2]- عبد الرحمن العيسوي – نفس المرجع ص148

[3]-

2-4) التكفل النفسي للمسن في المحيط الأسري:

لقد إعتاد المجتمع النظر إلى المسن على أنه أصبح أداة عاطلة ،عالة على الأسرة والمجتمع فقد ضعفت ذاكرته وضعفت قواه ،وأصبح يعاني من الألم الشديد والشعور بقرب النهاية ولهذا فإن المسن يحتاج إلى رعاية من طرف الأسرة وذلك عن طريق :

- حاجة لتجاوز الذات
- حاجة لتقييم الذات وذلك الأسرة تحسسه بقيمته التي لا تزال .
- حاجة للإنتماء للمجموعة أي العائلة ، الأصدقاء .
- الحاجة للأمان مع الأسرة عدم نبذهم له .
- تقديم له الراحة والأكل واللباس وعدم التذمر منه.[1]

***طرق التكفل النفسي داخل الأسرة :**

- مساعدة المسن على تقبل ذاته بأن يسلم بالتغيير الذي طرأ على قدراته الجسدية والنفسية .
- تجنب المناقشات مع المسن خاصة التي لاتفيد ويجب توعية الأسرة بذلك .
- العطف على المسن وذلك من خلال الإهتمام به وتلبية حاجاته ورغباته لأن ذلك يشعره بالراحة والتقدير.

3-4) التكفل النفسي بالمسن داخل مركز العجزة :

يتمثل التكفل النفسي بالمسن داخل مركزالعجزة بعدم تحسيس المسن بالضجر وتوفير له وسائل الراحة وذلك بالقيام ب:

1- نشاطات داخل المركز:

وذلك لتخفيف متاعب الحياة اليومية خاصة داخل المركز بالقيام بنشاطات والتسلية.

2- الحاجة إلى الراحة:

حيث عامل الراحة يمثل عنصر مهما بالنسبة للمسن نظرا للتدهور والضعف الذي يلحق به

[1]- عبد الرحمن العيسوي – نفس المرجع السابق ص149

يفضل عدم بذل جهد إلا أن ذلك لايعني أنه خامل بل العكس.

3- الإدماج من خلال النشاط :

وذلك من خلال رفع القيمة للمسن وإدماجه في الجماعة ذلك شيء ضروري.

4- الإبتعاد التام عن العزلة :

تتواجد العزلةوالإنطواء لدى المسنين كثيرا خاصة عند المصابين بالإكتئاب والوسواس القهري

5- الإستماع :هي مهمة بالنسبة للمسن بحيث يجب الحوار للتعبير عن حالته في الوضع الراهن[1]

***دور الأخصائي النفساني في التكفل بالمسن في المركز:**

المسن المتواجد داخل المركز يجب أن يشعر بالراحة فهذه المؤسسة أنشئت لمساعدة الأفراد على إشباع إحتياجاتهم ومواجهة مشكلاتهم وتنمية قدراتهم وتدعيم توافقهم الشخصي والإجتماعي ،يجب أن يشعر أنه شخص مرحب به قادر على التفاعل مع الآخرين وبذلك فعلى المختص النفساني القيام

بهذا الدور المتمثل في:

1- رفع القيمةمن خلال إعطاء المسن الفرصة في تقديم إقتراحات التحدث ،الحوار ،النقاش،تفعيل النشاطات ،وزرع فكرة أنه يستطيع أن يقدم شيئا ما .

2- تشجيع المسن الإلتقاء بأشخاص متواجدين بالمركز عن طريق الإحتكاك بهم وذلك لتجاوز مرحلة العزلة.

3- توفير الراحة للمسن فالمركز هو بالدرجة الأولى مركز إستقبال فمن الضروري توفير الراحة من خلال القيام بنشاطات بمستوى كل فرد.

[1]- مصطفى محمد الفقي – رعاية المسنين بين العلوم الوضعية والتطور الإسلامي – المكتب الجامعي الحديث – الإسكندرية- 2008 ص84-85

4ـ تشجيع ممارسة بعض النشاطات الجسدية والرياضية مع مراعات النقص الحركي للمسنين ولكن تحت إشراف طبي وذلك لرفع من لياقة وقدرة المسن ولكن دون الضغط عليه.

5ـ يستعين الأخصائي النفساني إلى طريقة العلاج الجماعي وذلك مع عدد من المرضى بهدف :

ـ القضاء على العزلة وخلق جو من التفاعل الإجتماعي .

ـ السماح للمسنين بعرض مشاكلهم أمام الآخرين وبذلك يتناقشون ويتحاورون.

ـ تحقيق علاقات مع الأفراد المتواجدين في المركز.

ـ السماح بالتنافس من خلال الحوار والتعبير عن الأفكار والإستماع .

ـ يعزز المشاركة والنقاش في الخبرات السابقة ويساعد أعضاء الجماعة من أجل التعامل مع خلافاتهم ونزاعاتهم.[1]

*ونجدر بالذكر على المختص النفساني مراعاة مايلي:

ـ لاتفرقة في المعاملة بين مسن وآخر

ـ لايقوم المختص النفساني بعرض مشاكله الخاصة وهذا خطأ كبير .

[1]- إجلال محمد السري ـ علم النفس العلاجي ـ نفس المرجع السابق ص266

خلاصة

الفصل:252525252525252525252525252525252525252525252525252525252525

ومن هذا الفصل نرى أن الأخصائي النفساني له دور مهم بالتكفل النفسي للمسنين وذلك عن طريق الحوار والإستماع والإختبارات النفسية والعلاجات النفسية التي يقوم بها من أجل تحسين حالة المسن وإخراجه من الوحدة والعزلة التي يعاني منها، كما في هذا الفصل تعرفناعلى طرق التكفل النفسي من خلال تبيان كيفية التكفل ببعض الأمراض التي تصيب المسنين ،وكيف يتم التكفل النفسي بالمسن في الأسرة من طرف العائلة وفي المركز من طرف الأخصائي النفساني.

تمهيد

في كل مرحلة من العمر يحتاج الصغير والكبير إلى رعاية ولكن نوعية الرعاية تختلف من مرحلة عمرية إلى أخرى ،فمرحلة الطفولة يحتاج الطفل الرعاية من الأم، كذلك هي مرحلة الشيخوخة فالمسن كالطفل الرضيع يحتاج إلى الرعاية والحنان والعطف من الآخرين ففي هذه المرحلة التي يعيشها كبار السن هي مرحلة التدهور مع الضعف، الإحساس بعدم الفائدة ولهذا يحتاج إلى من يكون في الاستماع لشكواه ومعاناته وطلباته واحتياجاته وهي مهمة المختص النفساني الذي يستطيع من خلال حديثه مع المسن أن يخفف ولو بقليل من الشعور بالألم الذي يعاني منه وبذلك هو بحاجة إلى تكفل نفسي ورعاية وعطف المحيطين به وبهذا سنتناول في هذا الفصل الأخصائي النفسي ودوره في رعاية والتكفل النفسي بالمسن وطرق التكفل وطبيعته .

1)- تعريف الأخصائي النفسي:

هو ذلك الشخص الذي تخرج من قسم علم النفس في إحدى الكليات النظرية (قسم علم النفس وعلوم التربية) حيث يدرس ويتلقى تدريبه ليحصل بعدها على شهادة ليسانس في علم النفس ثم يتجه للعمل في أحد قطاعات الحكومة كالمدارس والمستشفيات العامة أو النفسية، ويتركزعمله في تطبيق المقاييس النفسية وإختبارات الذكاء وكذلك بعض الجلسات العلاجية كالعلاج المعرفي والعلاج السلوكي، ويعد دور الأخصائي النفساني دورا مهماً في تكامل عمل الفريق الطبي . [1]

1-السمات والخصائص التي تساهم في تكوين الأخصائي النفساني الكفء:

1-سمات إنسانية عامة كالأمانة والتسامح والاهتمام بالآخرين وحب مساعدتهم والمثابرة والإخلاص في العمل والثقة بالنفس والقدرة على تحمل المسؤولية .

2- أن يكون محبا لعمله

3- أن تكون له قدرات خاصة واستعدادات ومهارات وخبرات ومعارف.

4- أن يكون قادرا على الاحتفاظ بسر العملاء (سر البيانات والمعلومات).

5- أن يتصف سلوكه بالمودة والرحمة والتعاون وأن يقيم علاقات إيجابية مع عملائه.

6- أن يتصف بالموضوعية والحياد والبعد عن العوامل الذاتية.

7- الإلمام بمبادئ علم النفس وأصوله وقواعده ومناهجه وخاصة علم النفس الإكلينيكي.[2]

[1]- جمعة سيد يوسف، الإضطرابات السلوكية وعلاجها، دار الغريب، القاهرة، مصر، 2000ص380

[2]- جمعة سيد يوسف، نفس المرجع ص380.

8- العلاقة المهنية حيث يجب أن تكون العلاقة المهنية بين الأخصائي النفساني والمريض محددة ومحكومة بالمعايير الاجتماعية والقيم الأخلاقية .

2- أدوات الأخصائي النفساني:

من أبرز الأدوات المستخدمة في علم النفس التعرف على قدرات الفرد وإمكاناته هي :

1)المقابلة 2)الملاحظة 3) الاختبارات النفسية 4) دراسة حالة.

2-1- المقابلة:

" تعتبر من الأدوات الضرورية لفهم الفرد عن قرب وإدراك مشاعره واتجاهاته تجاه المواقف التي يواجهها واتجاه العالم المحيط به" فهي نوع من المحادثة التي تتم بين المختص النفساني والمريض في موقف مواجهة بهدف الحصول على معلومات عن سلوك المريض ومشكلاته واضطراباته والعمل على حلها لكن يجب أن تكون في مناخ نفسي آمن تسوده الثقة المتبادلة والسرية التامة.[1]

2-1-1) أهداف المقابلة:

1-ينبغي على المختص في البداية أن يبتعد عن الأسئلة الشخصية المباشرة.

2- تسجيل الملاحظات والاستجابات وانطباعات المريض.

3- تتيح المقابلة للمريض بالتفريغ الانفعالي عن أفكاره ومشاعره الواعية أو اللاواعية .[2]

4- إن المقابلة عندما تستخدم بطريقة إيجابية فإنها تقدم للمختص النفساني معطيات هامة وعميقة

[1]- فيصل عباس، الإختبارات النفسية، دار الفكر العربي، بيروت، ط1، 1996 ص31
[2]- جمعة سيد يوسف، الإضطرابات السلوكية وعلاجها، نفس المرجع السابق ص65

الدلالة إنها تزودنا بتفاعل دينامي بين شخصين يكون فيه القائم بالمقابلة (المختص النفساني) مشاركا وملاحظا.[1]

2-1-2) أنواع المقابلة:

أ-المقابلة الاستفهامية:

" تهدف إلى جمع المعلومات والبيانات عن الفرد عن طريق الأهل والأقارب والأصدقاء وزملاء العمل بقصد تقييم الحالة وتشخيصها والكشف عن أبعاد المشكلة التي يعاني منها المريض.[2]

ب- المقابلة التشخيصية:

جمع المعلومات والبيانات بهدف الوصول إلى حلول المشكلة أوالمشكلات التي يشكو منها الفرد وتختلف من حالة لأخرى حسب درجة ونوعية الحالة وتوجد هناك خطوات مشتركة تشتمل عليها كل مقابلة ،صياغة المشكلة على لسان المريض واهتمامات المريض وطموحاته وميوله ودوافعه وحوافزه ومدى استبصاره بإحباطاته وصراعاته وخبراته الأليمة والتقلب المزاجي [3]

ت- المقابلة العلاجية :

تقديم التوجيهات العلاجية ومتابعتها من خلال جلسات، مقابلات متتالية،تتم على مدى فترة زمنية معينة.

[1]- فيصل عباس، نفس المرجع السابق ص431

[2]- إجلال محمد سري، علم النفس العلاجي، عالم الكتب، القاهرة، مصر، ط1، 1990 ص45

[3]- جمعة السيد يوسف، الإضطرابات السلوكية وعلاجها، مرجع سبق ذكره ص58

ث- المقابلة البحثية:

إجراء بحوث للحصول على معلومات أكثر عمقا عن المريض ، بالإضافة إلى ذلك يقسم بعض الباحثين المقابلة التي تجري في المجال الإكلينيكي:[1]

-**مقابلة القبول بالعيادة أو المستشفى:** وذلك لتحديد مدى خطورة الشكوى وسبب القدوم.

- مقابلة البحث الاجتماعي: حيث يتم جمع كل ما يمكن من معلومات شخصية واجتماعية عن المريض وخلفيته منذ الميلاد وفي الوقت الراهن .

- **مقابلة الفحص النفسي والعقلي** :بالإضافة إلى ما سبق الوصول إلى التشخيص المبدئي للحالة و استكمال عملية الفحص من خلال وسائل و أساليب أخرى مثل الاختبارات النفسية

-**مقابلة الممهدة والتالية الاختبارات النفسية**:و هي الأدوات الأساسية التي يطبقها الأخصائي لفحص الجوانب العقلية و المزاجية و الحركية و السلوكية للإسهام في عملية التشخيص و تقيم فاعلية العلاج

مقابلة ممهدة للعلاج النفسي :للتعريف بالعلاج النفسي و طبيعته و متطلباته و زيادة دافعية المريض للدخول في هذا النوع من العلاج و تعرف المريض بمشكلته و اضطرابه و طريقة العلاج المناسب وضرورة تعاونه مع المختص النفساني و يقوم بشرح و تفسير المشكلة أو المرض للمريض و تعديل آرائه و اتجاهاته الخاطئة نحو العلاج النفسي و طول فترة العلاج و عد د الجلسات .

3-1-2) شروط المقابلة الناجحة :

-أن تكون المقابلة في ظروف بيئية ملائمة مثل :درجة الإضاءة والتهوية وانخفاض الضوضاء والمثيرات المشتتة داخل الغرفة وتوفير المقاعد المريحة .[2]

[1]- جمعة سيد يوسف، الاضطرابات السلوكية وعلاجها، دار الغريب، القاهرة، 2000ص 70

[2] - جمعة سيد يوسف، نفس المرجع ص 77

- قدرة الأخصائي على إقامة علاقة دافئة ومشجعة بينه وبين المريض وتكوين هذه العلاقة تعتمد على شخصية الأخصائي وخبرته وعلى اتجاه المريض أيضا.

-يجب أن لا يشرد وقت المقابلة حتى لاينسى شيئا مما قاله المريض .

- السرية وهي شرط أساسي ويجب مراعاتها مهما كان عمر المفحوص ومهما كانت درجة أو نوع مشكلته ، في بعض الأحيان يأتي المريض إلى العيادة وهو قلق من إفشاء أسراره وفي هذه الحالة يجب أن نطمئن المريض على سرية مشكلاته.

- عدم التحدث على الهاتف أمام المريض عن مريض آخر أو يناقش مع المريض مشكلة مريض آخر.

- أن يكون الأخصائي له كفاءة ومهارة وهذا أمر ضروري لضمان نجاح المقابلة مثل الملاحظة وحسن الإصغاء قبل التحدث وتوجيه الأسئلة.

4-1-2) أسس ومبادئ المقابلة :

1-الاحترام المتبادل بين الأخصائي والمريض .

2- بدء المقابلة بأسلوب سليم بتوضيح الغرض منها .

3- الانتقال بسرعة مناسبة أثناء المقابلة من موضوع إلى آخر وتسجيل المقابلة بأسرع مايمكن سواء أثناء أو بعد المقابلة .

4- تشجيع المريض على أن يعبر عن أفكاره ومشاعره في حدود وقت المقابلة .

5- الالتزام بالمبادئ التي تنطوي عليها المواثيق الأخلاقية التي تحدد طريقة التعامل مع المريض.[1]

[1]- جمعة سيد يوسف، الاضطرابات السلوكية وعلاجها، مرجع سبق ذكره ص 83

5-1-2) محتوى المقابلة:

1-صياغة مشكلة المريض وذلك من واقع تعبيره.

2-العادات والسلوكات والأنشطة التي يفضلها .

3- الأعراض الانفعالية والوجدانية والأعراض الجسمية والمرضية .

4- الأعراض المرضية النفسية كالمخاوف والقلق والتوتر والوسواس .

5- العلاقات الاجتماعية والقدرات اللغوية والتفكير والذكاء.[1]

2-2) الملاحظة :

هي وسيلة هامة للحصول على المعلومات اللازمة عن سلوك وتشمل الملاحظة ملاحظة السلوك في مواقف الحياة الطبيعية ومواقف التفاعل الاجتماعي بكافة أنواعه في اللعب وفي مواقف الإحباط .[2]

1-2-2) أهداف المقابلة:

1-تسجيل الحقائق الخاصة بسلوك المريض.

2- تسجيل التغيرات التي تحدث في سلوكه نتيجة النمو .

3- تحديد العوامل التي تحركه سلوكيا وتفسير السلوك الملاحظ.

[1]- جمعة سيد يوسف، الاضطرابات السلوكية وعلاجها- مرجع سبق ذكره ص84
[2]- إجلال محمد السري، علم النفس العلاجي، عالم الكتب، القاهرة، مصر، ط1، 1990 ص59

2-2-2) أنواع الملاحظة :

أ-الملاحظة المنظمة الخارجية:المشاهدة الموضوعية والتسجيل لنواح سلوكية معينة دون التحكم في الظروف والعوامل التي تؤثر في هذها السلوك.

ب- الملاحظة المنظمة الداخلية : تكون من الشخص نفسه لنفسه التأمل الباطني وهي ذاتية بطبيعتها ومن عيوبها لا تستخدم مع الأطفال .

ت- الملاحظة المباشرة: تكون مع المريض وجها لوجه في المواقف ذاتها.

ث- الملاحظة غير مباشرة : وهي التي تحدث دون اتصال مباشربين الملاحظتين والمرضى دون أن يكونوا مدركين أنهم موضع الملاحظة .[1]

3-2-2) عوامل نجاح الملاحظة:

-سرية المعلومات

- الموضوعية في التسجيل وتفسير السلوك .

- الدقة في إجراء الملاحظة والخبرة والتدريب الجيد.

4-2-2) خطوات إجراء الملاحظة:

1-التخطيط المنظم للملاحظة وذلك بالإعداد والتحديد المسبق للسلوك المراد ملاحظته وتحضير الأدوات اللازمة للتسجيل وتحديد الزمان والمكان الذي تتم فيه.

2- المكان يكون في حجرات مجهزة بالأدوات والأجهزة اللازمة .

[1]- جمعة سيد يوسف، الاضطرابات السلوكية وعلاجها، مرجع سبق ذكره ص65-66

3- التسجيل يجب أن تسجل الملاحظة بعد المقابلة مباشرة ويجب الإسراع في تسجيلها (تسجيل تاريخ ومكان وزمان الملاحظة وأسماء من قاموا به .

3-2) الاختبارات النفسية:

من أهم وسائل جمع المعلومات والفحص والتشخيص والكشف عن سلوك الفرد فهي تكشف عن قدرات الفرد الخاصة والعوامل المؤثرة في سلوكه بالإضافة إلى كشف مشاعر الفرد وانفعالاته واتجاهاته وقد اعتبرت الاختبارات كمواقف اختيارية تساعد على ملاحظة سلوك الفرد ومشاعره

تجاه هذا الموقف وكذلك طريقته في معالجة المسائل المطروحة عليه وأسلوبه في التعاطي معها وموقف اتجاه الفاحص (المختص) وعليه فالاختبارات وسيلة جيدة لتحديد دوافع وصراعات واهتمامات واستعدادات المريض، وهناك أنواع من الاختبارات : اللفظية، الفردية والجماعية، العملية والورقية، تكمن الفائدة من هذه الاختبارات في دراسة السلوك الإنساني .[1]

1-3-2) شروط الاختبارات النفسية :

-الصدق والثبات

- الموضوعية

- سهولة الاستخدام

2-3-2) شروط استخدامها:

-مراعات دقة اختيارها ومهارة الأخصائي في تطبيقها وقابلية المريض لها .

[1]- فيصل عباس، الاختبارات النفسية (تقنياتها وإجراءاتها)، دار الفكر العربي، بيروت، ط1، 1996

- مراعات الشروط الأساسية لاختيار المكان المناسب لأدائها والمناخ النفسي والإجراء السليم وتفسير نتائجها موضوعيا.[1]

4-2) دراسة الحالة:

هي تتضمن جمع المعلومات عن حالة الفرد (تاريخ النمو، وضع الدراسة ، الوضع الصحي ومشكلاته)، كما أنها طريقة لجمع المعلومات وتنظيمها بصورة منهجية تيسر من توظيفها لخدمة أهداف المريض، وتشمل دراسة الحالة دراسة تاريخ الحياة وتطور الشخصية عبر مراحل مختلفة،

تتناول البيانات العامة للمريض وحالته الجسمية والصحية ومستواه العلمي والمهني والنواحي الاجتماعية والانفعالية وطبيعة المشكلات التي تعترض حياته وأساليب حلها .

فإن دراسة الحالة تكشف للأخصائي النفساني وقائع حياة شخص (مريض) منذ ميلاده حتى الوقت الحاضر.[2]

3) دور الأخصائي النفساني:

دوره هو إنساني بالدرجة الأولى فأول مايقوم به هو أن يحس بالطرف الآخر ويشعر بمعاناته ويحاول مساعدته وذلك بالاعتماد على تقنيات : الفحص النفسي والتشخيص والعلاج .

1-3) الفحص النفسي:

هو أساس تشخيص الموقف والعلاج السليم ويجب أن تكون عملية الفحص دقيقة واضحة الهدف ،فقد يأخذ الفحص النفسي شكل إجراء بعض الاختبارات واستخلاص نتائجها أو شكل تشخيص من حالة

[1]- إجلال محمد السري، علم النفس العلاجي، نفس المرجع السابق ص63
[2]- فيصل عباس، الاختبارات النفسية (تقنياتها وعلاجها)، نفس المرجع السابق ص 34

انطلاقا من تحديد بعض الأعراض المميزة الظاهرة أو تتخذ شكل دراسة شاملة للشخصية بمختلف أبعادها الذاتية والموضوعية[1]

أ-هدف الفحص:

1-فهم شخصية المريض ديناميا ووظيفيا وإبراز مظاهر القوة والضعف .

2- تحديد الاضطرابات الشخصية للمريض والتي تؤثر على توافقه النفسي والاجتماعي والمهني والأسري

3- تحديد إمكانات الفرد ورسم معالم شخصيته ومشكلات واضطراباته وصولا إلى تشخيص الحالة [2]

ب- شروط الفحص:

-موضوعية الفحص والبعد عن الذاتية بقدر الإمكان .

- الدقة في استخدام أدوات الفحص .

- بذل أقصى جهد لتغطية كل ماهو مطلوب في عملية الفحص .

- تعاون العميل في إعطاء البيانات .

- سرية المعلومات والبيانات وتنظيمها وتقييمها بدقة وعناية.[3]

ت- تحضير الفحص النفسي:

-تهيئة مواقف الفحص وهي تهيئة الظروف المادية التي تساعد الفرد (المفحوص)بالتعبير عن نفسه والإفصاح عن مشاعره وأفكاره.

[1]- فيصل عباس، نفس المرجع ص36
[2]- إجلال محمد سري، علم النفس العلاجي، مرجع سبق ذكره ص54
[3]- إجلال محمد سري، علم النفس العلاجي، نفس المرجع السابق ص 54

- استعداد الفاحص لاستقبال المفحوص يكون قد أعد المواد التي يحتاجها للفحص (الاختبارات).

- إيطار الممارسة العملية وهنا على الفاحص المعرفة بالمشكلة وعليه تحدد الطرق.[1]

2-3) التشخيص النفسي:

1-هو تحديد وتجميع المعلومات عن الاضطرابات أو المرض، أوهو الطريق الذي يؤدي إلى التعرف على نوع الاضطراب أو المرض، فالتشخيص يساعد في فهم المرض وما يعانيه والفهم العميق والشامل لسلوك المريض وهو عملية علاجية أكثر من مجرد تصنيف المريض ضمن فئة مرضية .

2- يشير مصطلح التشخيص النفسي إلى ذلك الجهد الذي يبذله السيكولوجي من أجل التوصل إلى تحديد ووصف الخصائص الثابتة والعامة نسبيا لشخصية الفرد[2]

1-2-3) أهداف التشخيص النفسي :

للتشخيص هدف معرفي وهدف عملي تطبيقي هناك إرتباطاً وثيقاً بين هذين الهدفين حيث أن الهدف المعرفي أو النظري يعد بمثابة الخطوة الأولى الضرورية التي لايمكن أن يتحقق الجانب العملي دون إكتمالها ومن ناحية أخرى لايعتبر التشخيص النفسي تشخيصا إذا إقتصرت على الوصف والتفسير

دون وضع تصور للتطبيقات العملية في ضوء المعلومات النظرية المتوفرة .

أ-هدف المعرفي :

إن الحصول على كم غزيرمن المعلومات والبيانات لا يمكن أن يعتبر هدفا لعملية التشخيص النفسي

[1]- فيصل عباس، الاختبارات النفسية (تقنياتها وعلاجها)، نفس المرجع السابق ص37
[2]- إجلال محمد السري، علم النفس العلاجي، نفس المرجع السابق ص54

في حد ذاته إن غزارة البيانات التي يجمعها السيكولوجي تكون مفيدة عندما يخضعها السيكولوجي الخبير لمعالجته التي يستنبط منها تشخيصه .

ب- الهدف العملي :

العمل على وضع إستراتيجية عامة تتضمن خطط جزئية قابلة للتنفيذ الفعلي مع الحالة .[1]

2-2-3) مراحل خطوات التشخيص:

أ-مرحلة الإعداد :

وهي تتضمن عملية الإتصال بين السيكولوجي أو المختص النفساني وكافة المؤسسات ،العائلية التربوية أو المهنية للتعرف على مشاكل الفرد .

ب- مرحلة التزود بالمعلومات :

وتشمل المقابلات مع الفرد المفحوص ،تطبيق الإختبارات النفسية ومن ثم تصحيحها وبالتالي تنظيم نتائج المقابلات وتنسيقها .

ت- مرحلة تفسير المعلومات :

وهي تنظيم المعلومات التي حصل عليها الفاحص وتأويل المعاني المتضمنة ، تفسير نتائج الإختبارات وإستخراج كل ما يتصل بها .

[1]- فيصل عباس، الإختبارات النفسية (تقنياتها وإجراءاتها)، نفس المرجع السابق ص31

ث- إتخاذ القرارات :

وتتضمن مناقشة نتائج الحالة وتشخيصها وتوضيح دلالتها ومن ثم إتخاذ قرارات نهائية مرتبطة بشأن كيفية العلاج لتلك الحالة وأسلوب التعامل، كل هذه الأمور توضع في التقرير النفسي بشكل واضح.[1]

3-3)العلاج النفسي:

1-3-3) تعريف العلاج النفسي:

العلاج النفسي بمعناه العام هو نوع من العلاج يستخدم فيه طرق نفسية من أجل علاج مشكلات أو إضطرابات أو أمراض ذات صبغة نفسية وجدانية تؤثر في سلوك المريض تأثيرا سيئا يؤدي إلى إضطراب شخصيته وعدم قدرته على التكيف ويقوم المعالج النفسي وهو شخص سيكولوجي ومؤهل

علمياً وعملياً وفنياً بإزالة الأعراض المرضية الموجودة أو التخفيف منها مع مساعدة المريض على حل المشكلاته وتحقيق التوافق مع بيئته ومساعدته على تنمية شخصيته ودفعها نحو النمو النفسي

والصحي بحيث يصبح المريض أكثر نضجاً وراحة وبإمكانه الاستفادة من قدراته وإمكانياته على أحسن وجه ممكن [2]

2-3-3) الشروط الواجب توفرها في العلاج النفسي:

أ-العلاقة بين المعالج والمريض:

لا بد أن تكون العلاقة بين المعالج والمريض قائمة على أساس من الاحترام والثقة والتقدير المتبادل

فلا بد على المعالج أن يتفهم مشاكل المريض ويؤمن بقدرته على حلها ويؤكد للمريض أن المعلومات على درجة كبيرة من السرية فمن الأسس الرئيسية للعلاج النفسي هي السرية التامة.

[1]- فيصل عباس، الإختبارات النفسية (تقنياتها وإجراءاتها)، دار الفكر العربي، بيروت، ط1، 1996ص35
[2]- فيصل خير الزراد، علاج الأمراض النفسية والاضطرابات السلوكية، دار العلم، الطبعة 1 ، سنة 1984 ص31

ب- إزالة الحساسية بين المريض والمعالج:

العلاج النفسي الناجح يعمل إزالة الحساسية بين المعالج والمريض، فيجب على المعالج أن يناقش مع المريض الأحداث والمشاعر التي تسبب الاضطراب بحيث تتضح المشكلة التي يراها المريض ضخمة وصعب حلها بعد مناقشتها .

ت- تعزيز الاستجابات المتكيفة :

يقوم المريض بوضع ثقته في المعالج وهذا يمثل عمل مشجع ذلك لأن المعالج يقوم بأداء التأييد الاتجاهات السلوكية التي قد تؤدي إلى توافق أفضل .

ث- الطمأنينة والمساندة:

أن يتقبل الأخصائي صعوبات المريض ومساعدته على حلها يجعله يشعر بالأمن والمساندة والأمان والشعور بالأمل .

ج- التفسير:

يرغب المريض في أن يجد تفسير البعض المواقف التي يتعرض لها، يكون مقنع فالتفسير المقنع يساعد على إزالة القلق والتوتر ويقوي العلاقة بين المعالج والمريض ويساعده على حل مشكلاته والتغلب على الصراعات التي يعاني منها .[1]

3-3-3) أهداف العلاج النفسي:

الهدف الرئيسي للعلاج النفسي هو تحقيق الصحة النفسية والتوافق النفسي أي مساعدة الفرد على

[1]- فيصل خير الزراد، علاج الأمراض النفسية والاضطرابات السلوكية، نفس المرجع السابق ص31-32

تحقيق السعادة مع نفسه ومع الآخرين والتوافق مع نفسه ومع البيئة واستغلال قدراته حتى يستطيع مواجهة مشاكل الحياة والعلاج النفسي يسعى دائماً لتحقيق عدة أهداف من بينها :

1-علاج أعراض المرض

2- التخلص من نواحي العجز والضعف وتعزيز نواحي القوة والتعرف على القدرات وتنميتها .

3- زيادة القدرة على حل الصراع النفسي والتغلب على الإحباط والتوتر والقلق وبصورة عامة سعى العلاج النفسي إلى نمو الشخصية ويسرها.[1]

4- زيادة وعي الفرد واستبصاره وفهمه.

5- حل أو تصفية الصراعات التي تسبب عجزه .

6- زيادة قبول الفرد لذاته .

7- توفير أساليب أكثر كفاءة للتعامل مع المشاكل .

8- مساعدة الفرد مع وضع خطة للعلاج وإرشاده إلى إتباع أساليب جديدة للتوافق ومواجهة مشاكله دون التمويه عليها ومساعدته على تنفيذ خطة العلاج .

9- مساعدة المريض وتمكينه من التعامل بصورة أكثر فعالية بصرف النظر عن التقنيات والأساليب المستخدمة في العلاج .

[1]- حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسي، دار النشر، عالم الكتب، سنة 1977ص100،102

10- تعديل السلوك غير السوي واللاتوافقي للمريض وتعلم السلوك السوي والتوافقي وتحويل الخبرات المؤلمة إلى خبرات معلمة.[1]

4-3-3) أنواع العلاج النفسي:

أ)العلاج السلوكي:

توجد أساليب متعددة للعلاج النفسي لحالات على اختلاف أنواعها ومن أشهر العلاجات السلوكية

يعتمد على استخدام قوانين ونظريات التعلم الشرطي، حيث تتم فيه محاولة حل مشكلات اضطرابات

السلوك عن طريق تعديل السلوك المرضي للمريض.

محاولة لحل المشكلات وعلاج الاضطرابات السلوكية بأسرع ما يمكن بضبط وتعديل السلوك المرضي المتمثل في الأعراض وتنمية السلوك الإرادي السوي لدى الفرد [2]

***طرق العلاج السلوكي :**

أ- الإشراط التقليدي (الكلاسيكي) :

الإشراط المضاد أو التحصين التدريجي الإشراط المنفر ـ الإخماد

ب ـالإشراط المضاد أو التحصين التدريجي:

تتلخص هذه الطريقة في تدريب المريض على الاسترخاء ووضع مدرج للمواقف المقلقة له ويتم تعريض المريض لتلك المواقف أثناء جلسات الاسترخاء من أبسط المواقف المقلقة إلى أعقدها .

[1]- عبد الرحمن الوافي، الوجيز في الأمراض العقلية والنفسية، ديوان المطبوعات الجامعية، بن عكنون الجزائر، ط1، 1994ص90
[2]- إجلال محمد سري، علم النفس العلاجي، علم النفس العلاجي، نفس المرجع السابق ص 120

ت ـ الإشراط المنفر:

مثير يظهر السلوك الغير مرغوب فيه مثلا استجابة القيء يمكن أن تكون مصحوبة برؤية أو سم الكحول بنسبة لشخص المدمن و من خلالها يتعلم الشخص نظريا كيفية تجنب المثير أو السلوك الغير مرغوب فيه من أجل تجنب رد الفعل المنفر المشروط

ث ـ الإخماد(الانطفاء):

هي عبارة تستخدم لتصف وصفا يكون فيه ظهور المثير المشروط لم يعد معززا و بالتالي فإن تعزيز الإجابة يؤدي حدوث الانطفاء [1]

ب) العلاج بالتحليل النفسي:(فرويد)

ـ عملية علاجية يتم فيها اكتشاف المواد المكبوتة في اللاشعور وهي في جملتها خبرات مؤلمة و دوافع متصارعة و صراعات قوية و يتم تحويلها من اللاشعور إلى الشعور عن طريق التعبير اللفظي و التداعي الحر و تحليل الأحلام.[2]

يعتمد التحليل النفسي على العلاقة بين المعا لج و مريضه في إطار و ضعه المعالج اعتماده على المفهوم الأساسي و هو اللاشعور الذي أرصنه Freud وهي الطريقة التي جاء بها فرويد بعد ما تخلى عن تقنية التنويم المغناطيسي حيث تستهدف البحث عن مصدر الاضطراب في الصدمات الانفعالية و الخبرات و الدوافع المكبوتة في الطفولة المبكرة[3]

***إجراءات التحليل النفسي:**

1- يجب أن يكون المعالج مؤهلا وخبيرا بالتحليل النفسي ويرى البعض أن يكون المعالج نفسه قد سبق تحليله نفسيا لضمان خلوه من العيوب النفسية.

1-إجلال محمد سري، علم النفس العلاجي، نفس المرجع ص 120

2- إجلال محمد سري، علم النفس العلاجي، نفس المرجع ص99

3- سعدوني غديري مسعودة، مصير الأطفال المصدومين من جراء العنف ماذا بعد التكفل النفسي؟ دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، عين مليلة الجزائر 2011 ص205

2- اتصاف المعالج بالذكاء وسرعة البديهية وروح الدعابة وقدراته على الحوار والمناقشة .

3- التأكد من أن المريض ومرضه يصلحان لتحليل النفسي.

4- توفير المناخ الملائم للمريض حتى يتمكن من الحصول على كافة المعلومات .

5- التركيز على أهمية العلاقات العلاجية الدينامية بين المعالج والمريض.[1]

***طرق التحليل النفسي:**

أ- التنفيس الانفعالي:

أول من استخدم ذلك سيجموند فرويد في إجراء التنفيس الانفعالي باستدراج محتويات اللاشعور إلى حيز الشعور وذلك بمساعدة المريض على التذكر الخبرات والصدمات الماضية الأليمة واسترجاعها وذلك للتخلص من الشحنات الانفعالية الضارة.[2]

ب - التداعي الحر :

هو تشجيع أو الطلب من المريض على إطلاق العنان لأفكاره وخواطره واتجاهاته وصراعاته ومشاعره تلقائيا دون توجه من المعالج دون قيد أو شرط سواء كانت هامة أو تافهة مع ملاحظة الانفعالات والحركات التي يقوم بها المريض أثناء التداعي والاهتمام بزلات اللسان والهفوات وتتطلب عملية التداعي الحر أن يستلقي المريض على مقعد مريح ليكون في حالة استرخاء، ثم يطل المعالج من المريض أن يفحص عن كل ما يدور بخاطره من أفكار وذكريات مهما كان نوعها.[3]

[1]- إجلال محمد السري، علم النفس العلاجي، عالم الكتب، القاهرة، مصر، ط1 1990ص99

[2]- إجلال محمد السري، نفس المرجع ص109

[3]- عبد الرحمن الوافي، الوجيز في الأمراض العقلية والنفسية، ديوان المطبوعات الجامعية بن عكنون الجزائر، ط4، 1994 ص90

ت ـ تحليل الأحلام :

يقول سيجموند فرويد " إن الحلم هو الطريق إلى اللاشعور " وقد ميز فرويد بين المضمون الصريح والمضمون الكامن للحلم فهو ما يرويه الشخص ويرتبط عادة بذكريات يوم الحلم وبالخبرات السابقة.[1]

ث ـ التحليل النفسي بالمسامرة:

تعتبر هذه الطريقة أسهل طرق التحليل وأقصرها حيث لاتتطلب سوى أن يهيئ المعالج لمريضه الجو المناسب .

ج ـ التحليل النفسي باختبار الترابط اللفظية :

هي ذكر المريض عدد من الكلمات كل منها تنبيه والطلب منه على قول ما يدور في فكره عند سماع كل منها دون أن يحاول إخفاءه أو تغييره مع ملاحظة المعالج إلى حالة وشعور المريض عند سماعه كل كلمة وكذلك ملاحظة طريقة الإجابة .

خ ـ التحليل النفسي عند يونغ:

يخص اهتمامه بما يصادف المريض من مشكلاته وصدمات منها مشكلات الحالية الجنسية وغير الجنسية وتعتبر الأحلام مصدر عون للمعالج .

د ـ التحليل النفسي حسب طريقة أدلر:

في حدوث المرض النفسي مشكلة الشعور بالنقص وما يعانيه المرء في احتكاكه بالمجتمع، وطريقته هذه هي البحث عن مثل هذه المشكلة وحلها مع تشجيع المريض الانخراط في الحياة .[2]

[1]- إجلال محمد السري، علم النفس العلاجي، نفس المرجع السابق ص 112-113

[2]- فيصل خير الزراد، علاج الأمراض النفسية والاضطرابات السلوكية، دار العلم، الطبعة 1، سنة 1948 ص243، 244

ج) العلاج الجماعي:

بدأت فكرة العلاج الجماعي في الولايات المتحدة الأمريكية بفضل T.Burrow الذي كان يرى آنذاك أن التحليل النفسي مركز على الفرد ومنه أراد إدماج العامل الاجتماعي خلال العشرينات وسماه التحليل الجماعي شرع بعدها R. Slavson في سنة 1934، في العمل مع الأطفال في مرحلة

الكمون، ثم عممه على المراهقين والراشدين ثم بدأ الاهتمام في نفس الفترة بالعلاج الجماعي التحليلي وإدخال عدة مبادئ وتقنيات وعلاجات فردية، أصبحت التسمية " علاجات جماعية " والتي صارت بعد ذلك وحدة علاجية في علم النفس العيادي .[1]

***تقنيات العلاج النفسي الجماعي :**

- العلاج النفسي الدراسي عن طريق المسرح وذلك بلعب الأدوار .
- الجماعات المناقشة
- الجماعات التربوية
- العلاج بالعمل وأنشطة جماعية في أوقات الفراغ وبهذا يسترجع المرضى توازنهم وتوافقهم في الحياة .[2]

4- طرق التكفل النفسي :

4-1) التكفل النفسي بمختلف الأمراض التي تصيب المسنين:

يستطيع الأخصائي النفساني أن يلعب دورا مهما في علاج المرضى من خلال التخفيف بالشعور باليأس والضيق والشك فلكل مرض طريقة للتكفل النفسي نذكر البعض من الأمراض:

أ- التكفل النفسي بمرض الزهيمر :

يعمل المختص على تحسين مفهوم المسن لذاته وتعاونه مع الوظائف اليومية وذلك عن طريق:

- تعديل البيئة لتتلائم مع المسن .

[1]- سعدوني غديري مسعودة، مصير الأطفال المصدومين من جراء العنف ماذا بعد التكفل النفسي ؟مرجع سبق ذكره ص202

[2]- محمد بلحاج فتيحة – كرزازي فهيمة، مذكرة تخرج لنيل شهادة ليسانس، علم النفس العيادي، دراسة التكفل النفسي بالمدمن على المخدرات، تحت إشراف شعبان الزهرة، جامعة وهران 2004 ص73

ـ مساعدة المسن على إستبدال الوظائف اليومية .

ـ مساعدة المسن على التخفيف من إتكاله على القدرات المنهكة المتضررة .

ـ إستعمال العلاج الأسري من خلال دعم ومساعدة الأسرة لأن المريض بالزهيمر يحتاج إلى رعاية تمريضية في المنزل .

ـ يجب مراقبة المريض لأن مريض الزهيمر يضل الطريق أثناء التجوال لذا يجب حمايته من التجوال والأعمال الخطيرة .[1]

ب ـ التكفل النفسي بمرض الاكتئاب :

حيث تظهر ردود أفعال عدم التكيف، فهو يعبر عن معاش أو حالة نفسية صعبة ويتم التكفل عن طريق العلاج النفسي، العلاج السلوكي .

ـ حيث في العلاج النفسي يعالج المريض بجلسات منظمة تعتمد على الحديث وفتح المجال للمريض بالتعبير عما يجول بخاطره وأن يتكلم بصراحة، حيث تسمح بالتعبير عن الحالة في الوضع الراهن والماضي.

ـ وفي العلاج السلوكي المعرفي من خلال التعزيز الإيجابي لسلوكات جديدة متعلمة تكيفية وتكرار نشاطات المريض من خلال تفاعلاته الاجتماعية من خلال التوجيه والتدريب الميداني ،فهو يقوم على إعادة التركيب للبنية المعرفية تقوم على تدريب المريض على كيفية التبديل تأويلاته للحوادث الخارجية وتعلم الاسترخاء في وجه هذه الحوادث.[2]

ج ـ التكفل النفسي بالقلق والمخاوف المرضية :

وتكون عن طريق الاسترخاء وهي طريقة علاجية ترتكز على التوافق الكلي للانقباض والتقلص العضلي المصاحب للتوتر حيث تكون عملية الإست رخاء في مكان هادئ ومريح لتقوم كل عضلات الجسم بالإرتخاء ويتخللها نفس عميق وعليه فالاسترخاء مهم لمرضى القلق والمخاوف المرضية

[1]- عبد الرحمن العيسوي، علم النفس الشواذ والصحة النفسية، دار الراتب الجامعية، سوفنير، لبنان، ط1، 1999 ص147

[2]- عبد الرحمن العيسوي، نفس المرجع ص148

لتخفيف من حالات التوتر والقلق فهي عملية تهدف إلى التوازن الداخلي بين العقل والجسم.[1]

2-4) التكفل النفسي للمسن في المحيط الأسري:

لقد أعتاد المجتمع النظر إلى المسن على أنه أصبح أداة عاطلة، عالة على الأسرة والمجتمع فقد ضعفت ذاكرته وضعفت قواه، وأصبح يعاني من الألم الشديد والشعور بقرب النهاية ولهذا فإن المسن يحتاج إلى رعاية من طرف الأسرة وذلك عن طريق :

- حاجة لتجاوز الذات
- حاجة لتقييم الذات وذلك الأسرة تحسسه بقيمته التي لا تزال .
- حاجة للانتماء للمجموعة أي العائلة، الأصدقاء.
- الحاجة للأمان مع الأسرة عدم نبذهم له .
- تقديم له الراحة والأكل واللباس وعدم التذمر منه.[2]

***طرق التكفل النفسي داخل الأسرة :**

- مساعدة المسن على تقبل ذاته بأن يسلم بالتغيير الذي طرأ على قدراته الجسدية والنفسية .
- تجنب المناقشات مع المسن خاصة التي لاتفيد ويجب توعية الأسرة بذلك .
- العطف على المسن وذلك من خلال الاهتمام به وتلبية حاجاته ورغباته لأن ذلك يشعره بالراحة والتقدير.

3-4) التكفل النفسي بالمسن داخل مركز العجزة :

يتمثل التكفل النفسي بالمسن داخل مركز العجزة بعدم تحسيس المسن بالضجر وتوفير له وسائل الراحة وذلك بالقيام ب:

[1]- عبد الرحمن العيسوي، نفس المرجع السابق ص194

[2]- عبد المنعم الميلادي، الأبعاد النفسية للمسن، مرجع سبق ذكره ص55

1- نشاطات داخل المركز:

وذلك لتخفيف متاعب الحياة اليومية خاصة داخل المركز بالقيام بنشاطات والتسلية.

2- الحاجة إلى الراحة:

حيث عامل الراحة يمثل عنصر مهما بالنسبة للمسن نظرا للتدهور والضعف الذي يلحق به يفضل عدم بذل جهد إلا أن ذلك لايعني أنه خامل بل العكس.

3- الإدماج من خلال النشاط :

وذلك من خلال رفع القيمة للمسن وإدماجه في الجماعة ذلك شيء ضروري.

4- الابتعاد التام عن العزلة :

تتواجد العزلةوالإنطواء لدى المسنين كثيرا خاصة عند المصابين بالإكتئاب والوسواس القهري

5- الاستماع :هي مهمة بالنسبة للمسن بحيث يجب الحوار للتعبير عن حالته في الوضع الراهن[1]

***دور الأخصائي النفساني في التكفل بالمسن في المركز:**

المسن المتواجد داخل المركز يجب أن يشعر بالراحة فهذه المؤسسة أنشئت لمساعدة الأفراد على إشباع احتياجاتهم ومواجهة مشكلاتهم وتنمية قدراتهم وتدعيم توافقهم الشخصي والاجتماعي، يجب أن يشعر أنه شخص مرحب به قادر على التفاعل مع الآخرين وبذلك فعلى المختص النفساني القيام بهذا الدور المتمثل في:

[1]- مصطفى محمد الفقي، رعاية المسنين بين العلوم الوضعية والتطور الإسلامي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2008 ص84-85.

1- رفع القيمةمن خلال إعطاء المسن الفرصة في تقديم اقتراحات التحدث، الحوار، النقاش،تفعيل النشاطات وزرع فكرة أنه يستطيع أن يقدم شيئا ما .

2- تشجيع المسن الالتقاء بأشخاص متواجدين بالمركز عن طريق الاحتكاك بهم وذلك لتجاوز مرحلة العزلة.

3- توفير الراحة للمسن فالمركز هو بالدرجة الأولى مركز استقبال فمن الضروري توفير الراحة من خلال القيام بنشاطات بمستوى كل فرد.

4- تشجيع ممارسة بعض النشاطات الجسدية والرياضية مع مراعات النقص الحركي للمسنين ولكن تحت إشراف طبي وذلك لرفع من لياقة وقدرة المسن ولكن دون الضغط عليه.

5- يستعين الأخصائي النفساني إلى طريقة العلاج الجماعي وذلك مع عدد من المرضى بهدف :

- القضاء على العزلة وخلق جو من التفاعل الاجتماعي .

- السماح للمسنين بعرض مشاكلهم أمام الآخرين وبذلك يتناقشون ويتحاورون.

- تحقيق علاقات مع الأفراد المتواجدين في المركز.

- السماح بالتنافس من خلال الحوار والتعبير عن الأفكار والاستماع .

- يعزز المشاركة والنقاش في الخبرات السابقة ويساعد أعضاء الجماعة من أجل التعامل مع خلافاتهم ونزاعاتهم.[1]

[1]- إجلال محمد السري، علم النفس العلاجي، نفس المرجع السابق ص266

*ونجدر بالذكر على المختص النفساني مراعاة مايلي:

ـ لاتفرقة في المعاملة بين مسن وآخر

ـ لايقوم المختص النفساني بعرض مشاكله الخاصة وهذا خطأ كبير .

خلاصة الفصل:

ومن هذا الفصل نرى أن الأخصائي النفساني له دور مهم بالتكفل النفسي للمسنين وذلك عن طريق الحوار والاستماع والاختبارات النفسية والعلاجات النفسية التي يقوم بها من أجل تحسين حالة المسن وإخراجه من الوحدة والعزلة التي يعاني منها، كما في هذا الفصل تعرفنا على طرق التكفل النفسي من خلال تبيان كيفية التكفل ببعض الأمراض التي تصيب المسنين وكيف يتم التكفل النفسي بالمسن

في الأسرة وفي المركز وما هي الشروط والمبادئ التي يتبعها كل من أفراد العائلة للتكفل بالمسن في داخل الأسرة، وأيضا بالنسبة للأخصائي النفساني داخل المركز.

تمهيد :

لقد إنطلقنا من إشكالية البحث المتمثلة في طبيعة التكفل النفسي للمسنين وافترضنا أنه يوجد تكفل نفسي تكفل طبي،تكفل اجتماعي وهذا مجرد بناء نظري ما لم يتحقق من صدقه وبذلك يستدل على صدق الفرضيات بإجراء بحث ميداني من خلاله يمكن تطبيق إجراءات البحث العلمي المتمثلة في المنهج العيادي والاختبارات السيكولوجية .

1- دراسة استطلاعية: تعتمد على جمع المعلومات المتعلقة بالموضوع

1-1) مكان البحث : (دار الأشخاص المسنين) لولاية تيارت

1- التعريف بالمؤسسة(المركز):

أنشأت دار الأشخاص المسنين 1977/09/15 تحت مرسوم 295/81 تحت وصاية الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي ويتميز هذا الأخير بنظام داخلي بحيث يتكفل بفئة المسنين كما يتكفل أيضا بالمعوقين وكذا معدومي الدخل ،يقع المركز في وسط مدينة تيارت تقدر المساحة الإجمالية

22,932متر مكعب والمساحة المستغلة 3252متر مكعب وقدرته الاستيعابية تقدرب100 مقيما وهو يشغل حاليا 84 مقيما 46 مقيمة 38 مقيم تتراوح أعمارهم بين 16 سنة إلى 98سنة ومن مختلف الفئات أمهات ،عاز بات ، مطلقات ، أرملات،شيوخ ،معوقين ،مضطربين عقليا ،يسهر عليهم 63 موظفاً

2- مكونات المركز:

أ- مكونات المادية:يحتوي المركز على جناحين وهي كالآتي:

- الجناح الأول مخصص للنساء يحتوي على16غرفة تستوعب كل غرفة 3مقيمات

- الجناح الثاني مخصص للرجال يحتوي على 16غرفة تستوعب كل غرفة 3مقيمين

ـ قاعة المربين الخاصة بالنساء

ـ قاعة المربين الخاصة للرجال

ـ قاعة التمريض

ـ قاعة الرياضة

ـ قاعة التلفاز

*المخازن: المخزن الخاص بملابس النساء، مخزن خاص بملابس الرجال، مخزن خاص لمختلف الأشياء، مخزن خاص بأدوات الصيانة، مخزن أدوات المطبخ.

ـ قاعة الغسيل الخاصة بالأموات

ـ قاعة محوا لأمية

ـ ورشة للنساء

ـ قاعة حلاقة للرجال

*الحمام:حمام للنساء ينقسم إلى مكان تغيير الملابس ومكان الاستحمام، حمام الرجال ينقسم إلى مكان تغيير الملابس ومكان الاستحمام.

*المكاتب :المكتب البيداغوجي ،مكتب التمريض ،مكتب الأخصائية النفسانية

*الإدارة:مكتب المقتصد، مكتب مصلحة المستخدمين، مكتب المحاسب، مكتب المدير، مكتب محاسب المادة

ب ـ المكونات البشرية:

ـ الإداريين:

المدير :يعتبر العضو الرئيسي في المؤسسة بحيث يقوم بتسيير المركز وتنظيمه إداريا وبيداغوجيا إلى مهمته كمدير يشتغل المهام .

ـ سكرتيرة بيداغوجية

ـ أعوان الإدارة 06

ـ المقتصد

ـ محاسب الدولة

ـ المكلف بالمستخدمين

ـ مستشارة قانونية

ـ العمال: أعوان الأمن04، المنظفات 12يعملون بالتناوب كل ثلاث أيام ،مساعدة طباخة 03، طباخة وطباخ بالتناوب .

ـالطاقم التكلفي:

2ممرضات يعملون بالتناوب، أخصائية نفسانية، أخصائية اجتماعية،مربيان مختصان (مربي للرجال ، مربية للنساء)4مساعدين المربي (2مربيات ومساعدة للنساء يعلمون بالتناوب كل ثلاث أيام 2يعملون بالتناوب كل ثلاثة أيام

***دور الطاقم التكلفي:**

ـالمربي المختص:

يقوم بدور بيداغوجي في عملية التكفل بالفئة من خلال محاولة تكييف وتنظيم البرامج وأساليب تتماشى مع ميولات الفئة كالورشات إضافة إلى تنظيم الرحلات والحفلات ،يعمل أيضا على تأطيره المربين والإشراف عليهم.

ـ مساعد المربي:

يقوم بتوفير الأدوات اللازمة للورشات والأقسام ،كما أنه يعتبر همزة وصل بين الجانبين الإداري والبيداغوجي إضافة إلى تنظيمه للبرامج البيداغوجية .

ـ الأخصائية النفسانية:

تقوم بجلسات مع الحالات ومعرفة الحالة النفسية لهم، كما تعمل مع الأخصائية الاجتماعية والمساعدة الاجتماعية في حالة خروج حالة تقوم هي والأخصائية الاجتماعية بتقديم تصريح بذلك.

ـ الأخصائية الاجتماعية والمساعدة الاجتماعية:

تقوم بجمع معلومات حول الحالة التي دخلت المركز (تحقيق اجتماعي) ثم تتوجه إلى مكان ولادة الحالة أو العائلة وترى ظروف العائلة إذا كانت ذات مستوى عالي لديها عائل وظوفها المادية حسنة فلا يجب وجود الحالة بالمركز ،إلا إذا تخلت عنها العائلة وقدمت تصريح بذلك.

ـ الممرضات:

ـ تقوم بتقديم الإسعافات الأولية بواسطة الأدوية الموجودة بصيدلية المركز

ـ تقديم الدواء للمرضى الذين لديهم متابعة طبية .

ـ المتابعة الوقائية لوجبات الغذائية يوميا مثل Régime Semi Sel

ـ إذا كانت حالات في حاجة إلى طبيب تقوم بأخذها خارج المركز إلى طبيب وذلك إن لم يكن الطبيب في المركز

***ملاحظات**

عدد المقيمين 84 مقيم والمكلفين بالتكفل بهم حوالي 16 فرد وهذا الرقم غير كافي للقيام بتكفل جيد مع العلم أن هناك حالات لديها إعاقة حركية 15حالة (10رجال،5نساء)، 34لديهم إعاقة ذهنية ،كف البصر 6حالات (4رجال ،2نساء)حالات الصمم والبكم 03،متعددي الإعاقة 10(5نساء،5رجال) أمراض مزمنة 18حالة (11رجال ،7نساء)وهذا لايكفي للتكفل بحوالي 86حالة إضافة إلى غياب أخصائي نفسي حركي ووجود أخصائية واحدة بالمركز بحيث أغلب الحالات لاتعرفها على حسب ما ذكرته بعض الحالات أنها لم تتكلم مع الأخصائية النفسانية وذلك لكثرة عدد الحالات .

2- أستيقظ ساعات أكبر من ذي قبل وأعجز عن استئناف نومي

3- استيقظ مبكرا جدا ولا أنام بعدها حتى إن أردت

***سرعة التعب**

0- لاأتعب بسرعة أكثر من المعتاد

1- اشعر بالتعب حتى لو لم أعمل شيء

2- اشعر بالتعب والإرهاق أسرع من ذي قبل

3- اشعر بالتعب الشديد لدرجة العجز عن عمل آي شيء

***فقدان الشهية**

0- شهيتي للطعام ليست أسوء من قبل

1- شهيتي ليست جيدة كالسابق

2- شهيتي أسوء كثير من السابق

3- لا أشعر بالرغبة في الأكل

***فقدان الوزن**

0- وزني تقريبا ثابت

1- فقدت أكثر من 3كغ من وزني

2- فقدت أكثر من6كغ من وزني

3- فقدت أكثر من10كغ من وزني

***الإنشغال على الصحة**

0- ليست مشغولا على صحتي أكثر من السابق

1- أصبحت مشغولا على صحتي بسبب الأوجاع والأمراض وإضطرابات المعدة

توصيات وإقتراحات

ـ لقد وصى الله عز وجل بالوالدين "ووصينا الإنسان بوالديه" فالجنة تحت أقدامهم، وذلك من خلال احترامهما ورعايتهما عند الكبر فالشيخ يحتاج إلى الرعاية والحنان كالطفل الصغير وذلك بـ:

ـ توفير جو أسري آمن لرعاية المسن مما يساعده على التوافق النفسي.

ـ يجب تلبية احتياجات المسن، وإشعاره بأهميته في الحياة.

ـ تلبية حاجاته الوجدانية عبر تواصله مع الأقارب ودمجه في المناسبات وتشجيعه على الحفاظ على علاقاته الاجتماعية.

ـ البعد عن إزعاجه وتجنب الشجار وإثارة الجدل معه.

ـ المسن المقيم في المركز يجب تجنيبه الوحدة والعزلة الاجتماعية من خلال المشاركة في نشاطات.

ـ يجب في المركز الفصل بين مختلف الأمراض فهذا يؤثر على باقي المقيمين وذلك من خلال ما رايته في المركز الخلط بين مختلف الأمراض .

ـ فيجب تحديد نوع المقيمين وعدم الخلط (الإعاقة الذهنية، الإعاقة الحركية، والإعاقات الأخرى) فهذا مجرد اقتراح

ـ تسخير أكبر عدد ممكن من الأخصائين النفسانيين في مؤسسات رعاية المسنين للتمكين من متابعتهم بطريقة جيدة والتخفيف من درجة القلق ومختلف المشاكل النفسية التي يعانون منها.

ـ تقديم الحالات

شملت العينة المدروسة على 1 رجال ،2نساء وقد كان السن في ايطار الموضوع المدروس بحيث أن الحالات لم يتم تعيينها الا من خلال البحث ، وعليه تم اختيار العينة التالية :

ـ الحالة الأولى : تبلغ من العمر 78سنة

ـ الحالة الثانية: تبلغ من العمر 70سنة

ـ الحالة الثالثة: يبلغ من العمر 67سنة

ـ الحالة الرابعة: يبلغ من العمر80سنة

1)تقديم الحالة الأولى: (ف ب)

ـ المقابلة الأولى: 2013/04/29

تم التعرف على الحالة ومحاولة كسب ثقتها واخذ معلومات الأولية (الاسم، العمر، المهنة.....)

ـ المقابلة الثانية:2013/05/09

في هذه المقابلة لقد ركزت على الجانب الأسري ،نوعية العلاقة داخل الأسرة وصولا إلى سبب دخول الحالة إلى المركز.

ـ المقابلة الثالثة:2013/05/23

تم فيها التعرف على مختلف الأمراض التي تعاني منها الحالة كما ركزت على الجانب الصحي من خلال التعرف على مدى العناية بهم من حيث المتابعة الطبية.

ـ المقابلة الرابعة: 2013/05/26

تم التعرف فيها على الجانب الاجتماعي من خلال علاقة الحالة داخل المركز مع المقيمين وخارج المركز ومعرفة نوعية التعامل معهم من طرف العاملين بالمركز.

ـ المقابلة الخامسة:2013/05/30

في هذه المقابلة تم فيها تطبيق اختبار بيك للاكتئاب من خلال ما لاحظته من المقابلات فالحالة تحب الانعزال ،وكلامها متشاءم وتحس بتأنيب الضمير ومن خلال هذه الأعراض التي هي أعراض الاكتئاب قمت بتطبيق اختبار الاكتئاب

1-1- تحليل الحالة الأولى "ف ب"

***تقديم الحالة الأولى"ف ب"**

الاسم: ف

اللقب: ب

تاريخ ومكان الميلاد:1935 بأولاد لكرد ولاية تيارت

عدد أفراد الأسرة: 4بنات،

الحالة العائلية: مطلقة

المهنة: بطالة

المستوى التعليمي: بدون مستوى

مدا خيل مالية للحالة: منحة جزافية

السكن: لايوجد

معلومات خاصة بصحة الحالة: مصابة بداء السكري،الضغط الدموي

ـ البيانات الأولية عن الحالة:

سبب دخولها : تخلي أخواتها عنها ،عدم وجود مسكن لديها

تاريخ الدخول : فيفري2013

ـ دخلت المركز بمفردها وذلك بعد رفض أختها العيش معها اتجهت إلى المركز

أـ الجانب المورفولوجي:

تتميز الحالة"ف ب" بطول القامة ذات بشرة سمراء مع تجاعيد في الوجه سبب تطورها في السن

لون العينان سوداويتان صغيرتان،ذات شعر شائب مخضب بالحناء، نحيفة الجسم ،مهتمة كثيرا بهندامها من حيث نظافة الجسم واللباس،بطيئة الحركة وهذا راجع لكبر سنها.

ب ـ سيميائية السلوك:

يتسم سلوك الحالة بالهدوء بحيث هي منعزلة لاتقوم بمشاكل مع المقيمات وذلك لعدم تكلمها معهم،تتناول التبغ(الشمة) ومن اهم سلوكاتها اليومية نذكر منها:

ـ النوم: نوم هادئ لكن استيقظ باكرا جدا ولاأنام بعدها

ـ الأكل : ليس لدي شهية مفتوحة كالسابق

ـ النظافة: مهتمة بنظافة جسدها ولباسها

ـ الإتصال:كان الإتصال سهل مع الحالة، متعاونة من خلال تجاوبها

ـ اللغة: لغة الحالة سليمة ومفهومة ومحتوى الكلام واضح وكلامها غني بالأمثال والمعاني

ت ـ الجانب الأسري:

تذكر الحالة "ف ب" أشياء قليلة عن طفولتها ،عائلتها التي تتكون من4أخوات ،حيث كانت الحالة متزوجة ثم طلقت فذهبت للعيش مع أختها وقامت بتربية أولاد أختها لأنها لاتنجب وعندما كبر الأولاد استغنوا عنها كما ذكرت على لسانها"كي كبروا عرفوا أمهم واناطلبت الطلاق من زوجي من أجلهم لتربيتهم ،كون عندي أولاد ما يرموني هكذا وبدأت بالبكاء" ولذلك اتجهت إلى المركز بنفسها بعد رفض أختها البقاء عندها وذكرت قبل مجيئها الى المركز اتجهت إلى أختها الأخرى المتواجدة "بالسوقر" لتعيش عندها رفضت هي الأخرى وقالت لها "أنا كون نصيب نروح لدار العجزة ،ناكل ونشرب"

ث ـ الجانب الاجتماعي:

الاتصال مع الحالة كان سهل حيث كان ردود أفعالها معبرة إلا أن علاقتها مع المقيمين (المسنين) محدودة جدا أي متحفظة لكون اغلبهم مرضى عقليين ، أما علاقتها مع العمال فهي علاقة حسنة يسودها التفاهم والاحترام ومحبوبة من طرف الجميع ،عند دخولها المركز كانت اجتماعية تتميز بالفكاهة عند مكوثها لمدة شهر أصبحت تحب الانعزال والجلوس لوحدها وعند ما قمت بالحديث معها لم ترفض قالت لااحب أن أتكلم مع المقيمين أخاف منهم لأنهم مرضى (مهبلى)،قالت لي لدي أحبابي خارج المركزوانا محبوبة من طرف الجميع اما عن العاملين فهم يعاملوني باحترام ويقومون بأخذنا في نزهات والى الحمامات فهم مهتمين بنا .

ج ـ الجانب الصحي:

الحالة تعاني من داء السكر الذي ليس له فترة طويلة فقد أصيبت به منذ فترة قصيرة ،كما تعاني من ارتفاع الضغط الدموي تتناول Anlor triatec دواء الضغط الدموي

خ ـ الجانب المعرفي:

الحالة لاتعاني من أي إضطراب في الذاكرة ،حيث تتذكر أدق التفاصيل وتذكرها وإنتباهها جيد أما قدرة الاستيعاب والفهم هو جيد ويظهر ذلك من خلال الفهم السريع للأسئلة.

د ـ المعاش النفسي:

تتميز الحالة بمزاج الانفعال والقلق والذي يظهر من خلال محتوى كلماتها المعبرة عن القلق والخوف خاصة من المقيمات معها فهي لا تحب علاقة مع المقيمين ، امافيما يخص وجودها في المركز فهي غير متقبلة لذلك لو تجد مكان آخر تذهب إليه لذهبت لا تريد أن تقضي أيامها الباقية في المركز ولذلك مزاجها حزين تفكر فيما سيحدث لها

و ـ التكفل بالحالة:

تحظى الحالة بتكفل طبي من خلال الاعتناءبها وتقديم دواء السكر والضغط الدموي في وقته وعند شعور الحالة بأي مرض تقوم الممرضة بأخذها إلى الطبيب فالتكفل الطبي موجود، أما التكفل النفسي فهو نسبي وذلك لعدم تتبع الأخصائية النفسانية للحالة التي لم تجد من يخفف من شعورها بالقلق والتوتر والكآبة والحزن لقول الحالة "الأخصائية النفسانية تحدثت معها مرة فقط" وبذلك فالحالة تريد تفريغ ما تشعر به لكن لم تجد من يسمعها ،أما التكفل الاجتماعي فهو موجود من خلال ما لاحظته وما تحصلت عليه من معلومات من المقيمين والعاملين فالحالة بنفسها قالت أن هناك رحلات ونزهات من طرف المركز وزيارات .

ـ نتائج اختبار Beck للاكتئاب

أسئلة حول	أجوبة المفحوص
الحزن	1
التشاؤم	3

الإحساس بالفشل	1
عدم الرضا	1
الشعور بالذنب	1
توقع العقاب	1
كراهية النفس	1
اتهام الذات	3
الأفكار الانتحارية	0
البكاء	1
اللاإنفعال	3
الانسحاب الاجتماعي	3
التردد على التغير في صورة الذات	2
الانشغال بصفة البدن	2
صعوبة العمل	3
الأرق	3
سرعة التعب	2
فقدان الشهية	1
فقدان الوزن	3
الانشغال على الصحة	2
فقدان الشهوة	3
المجموع	40

الجدول 2:درجة الاكتئاب للحالة الأول

2-1)تحليل اختبار Beck للحالة الأولى:

لم نجد معارضة من طرف الحالة في تطبيق الاختبار حيث تجاوبت معنا إلى في العبارة 3من المجموعة21التي لم تفهمها وهي كالآتي "لم ألاحظ أي تغيير بخصوص طاقتي الليبيدية"

ـ نتائج اختبار بيك:

تحصلت الحالة على40 درجة مايعادل درجة اكتئاب شديد وهو محصور ضمن المجال 31- 40 ونستدل على ذلك أن الحالة تعاني من اكتئاب شديد وذلك من خلال ما لاحظته في عند القيام بالاختبار عند المجموعة الأولى كانت إجابتها 1 "أشعر بالحزن والكآبة " وهذا يدل على أنها حزينة ومكتئبة وذلك من خلال ما يظهر عليها من ملامح الحزن والحسرى وأيضا انعزالها عن المقيمين

وعدم تكوين علاقات وهذا ما ذكرته "أنا جابدا روحي ما نتكلمش معى هادوا قاع مرضى (مهبلى)

وأيضا شعورها بالذنب وذلك من خلال جوابها 1 في المجموعة 6 "أظن أني مذنب في غالب الأحيان" فهي تقول أنها مذنبة لأنها طلبت الطلاق من زوجها واتجهت للعيش مع أختها لتربية أولاد اختها التي تخلت عنها ولذلك تشعر أنها مذنبة وإنها تعاقب على ما فعلته وذلك من خلال قولها "انا ما صبرتش وراني نخلص" وهذا يدل على أنها تشعر إنها تعاقب وذلك من خلال جوابها 1في المجموعة7"اشعر في بعض الأحيان انني معاقب وكلها تدل على ان الحالة لديها اكتئاب

3-1)تقرير عام حول الحالة الأولى"ف ب"

لقد استنتجت من خلال المقابلات و تطبيق الاختبار الذي قمنا به مع الحالة (ف ب) وهي امرأة عجوز تبلغ من العمر 78سنة هي طويلة القامة نحيفة ذات بشرة سمراء مع تجاعيد في الوجه (أثار الكبر) ،مطلقة ،ليس لديها أولاد لاتنجب لديها4 اخوات ربات بيوت مطلقات ،التحقت بالمركز

لوحدها بعد رفض أخواتها الإقامة معهم ،أجرينا معها خمس مقابلات تم فيها ملاحظة سلوكات الحالة وتطبيق عليها اختبار الاكتئاب حيث اثبت أنها تعاني من اكتئاب شديد حسبما موجود في جدول الاختبار وما ظهر في المقابلات من خلال بعض السلوكات وملامح الحزن والكآبة البادية على وجهها خاصة عند تتذكر ما حصل لها وهي في هذه السن .

ونظرا لكبر سنها فالحالة لاتقوم بأي نشاطات في المركز وظهر ذلك من خلال ما قالته "لدي مرض السكر لا استطيع التحرك"

وفيما يخص التكفل الطبي بالحالة فهي تحظى بتكفل طبي من خلال متابعة الفريق الطبي لها من حيث تناول الدواء ومراقبة ضغطها الدموي وعند شعورها بتعب تقوم الممرضة بأخذها للطبيب إذا استلزم الأمر،آما التكفل النفسي فهو نسبي وذلك لعدم تخصيص الأخصائية النفسانية لحصص وجلسات مع الحالة للتخفيف من شعورها بالذنب والتشاؤم والحزن والكآبة ،التكفل الاجتماعي موجود وذلك من خلال السماح بزيارات إقامة حفلات (أعياد،مناسبات دينية ...) السماح لبعض المقيمين بالخروج القيام بنزهات ونشاطات كما قالت الحالة يأخذونا إلى الحمامات إنهم يعتنون بنا من حيث الثياب،الأكل ...

2)تقديم الحالة الثانية "خ ق "

ـ المقابلة الأولى:2013/04/29

تم التعرف على الحالة لكسب ثقتها ومحاولة اخذ معلومات الأولية (الاسم،السن ،المهنة ،عددالإخوة، الحالة العائلية)

ـ المقابلة الثانية:2013/05/09

لقد ركزنا في هذه المقابلة على الجانب الأسري ونوعية العلاقة داخل الأسرة وعلاقتها الزوجية وصولا إلى سبب مجيئها الى المركز

ـ المقابلة الثالثة:2013/05/23

كانت الحالة مستاءة غاضبة لإغضابها من طرف الممرضة بالصراخ عليها ولسبب عدم مجيء ابنتها لزيارتها وتناولنا في هذه المقابلة الجانب الصحي ومحاولة معرفة أسباب مرضها l'asthme

الربوّ حيث كانت تستعمل موسعات الرئوية وتتناول بعض الأدوية (إلتهاب القصبة الهوائية)

ـ المقابلة الرابعة:2013/05/26

ركزنا على الجانب الاجتماعي وعلاقتها بالمسنين داخل المركز والمعاملة التي تتطرأ لها في المركز وكيفية الاعتناء بهم من حيث (الثياب ،الأكل ، النظافة....)

ـ المقابلة الخامسة:2013/05/30

قمنا في هذه المقابلة بتطبيق إختباربيك للاكتئاب من خلال مضمون المقابلات والملاحظة حول الحالة عند تذكر ابنتها تقوم بالبكاء

1-2) تحليل الحالة "ح ق"

ـ تقديم الحالة الثانية "خ ق"

الاسم :خ

اللقب:ق

تاريخ ومكان الميلاد:/

السن :70سنة

الجنس :أنثى

الحالة العائلية:أرملة

عدد أفراد الأسرة :بنت

المهنة :متقاعدة (كانت طباخة في مدرسة)

السكن :ليس لديها سكن

معلومات خاصة بصحة الحالة : مصابة بمرض الربو l'asthme

ـ البيانات الأولية عن الحالة:

تاريخ دخول الحالة: منذ حوالي عامين

سبب الدخول :ليس لديها مسكن

قامت بالدخول إلى المركز بمفردها

أ- الجانب المورفولوجي :

تتميزا لحالة"خ ق"بطول القامة ذات بشرة بيضاء مع تجاعيد في الوجه، لون العينين خضر وتين صغيرتان ،ذات شعر أسود شائب مهتمة بهندامها من حيث النظافة

ب - سيميائية السلوك:

يتسم سلوك الحالة بالهدوء تتخلله فترات من القلق ووالتوتروذلك بسبب مرضها واشتياقها لابنتها ومن سلوكاتها اليومية نذكر منها:

- النوم: نوم هادئ

-الأكل:لديها شهية للأكل

- النظافة:ليست مهتمة بنظافتها من حيث جسدها ولباسها

- الاتصال:كان الاتصال سهل مع الحالة متعاونة، نظراتها مباشرة

- اللغة: لغة الحالة سليمة ومفهومة ومحتوى الكلام واضح

ت -الجانب الأسري:

لا تتذكر الحالة عن طفولتها شيء،عائلتها لديها(2إخوة ، لديها بنت)، تزوجت الحالة في سن 29سنة وكانت الزوجة الثانية لم تنجب فقامت بتربية بنت أخ زوجها حتى كبرت وقامت بتزويجها الآن ابنتها لديها4أولاد ،فتوفي زوجها أراد أخ زوجها الزواج منها وبذلك تركت المنزل الذي كان

لإخوة زوجها واتجهت إلى ابنتها للعيش عندها لكن أهل زوج ابنتها لم يتقبلوها بالرغم من أن لديها منحة حيث كانت عاملة في المدرسة والآن متقاعدة ،أما عن إخوتها قالت"الأخ لي كان يحبني مات

عندي غير ابنتي"تأتي لزيارتي هي وزوجها في المركز لما أرى ابنتي أحس بالراحة ،راني نصلي ونصدق .

ث ـ الجانب الاجتماعي :

الاتصال مع الحالة كان سهل جدا حيث كانت ردود أفعالها معبرة عن التعاون ،علاقتها مع المقيمين جيدة إلا بعض العاملين يقوم بالصراخ عليها وهذا ما يؤدي بالحالة الإصابة بنوبات متكررة للربو

كما تحب الحالة المشاركة في النشاطات بالمركز (رحلات، حمامات، مناسبات تقام داخل المركز)علاقتها خارج المركز جيدة لديها أحبابها حيث تخرج بعض الأحيان تذهب إلى ابنتها أو أقارب ثم تعود

خ ـ الجانب الصحي:

الحالة تعاني من مرض الربو l'asthme الأدوية التي تتناولها هي :

ـ مضادات التهاب:Anti inflmmatory

ـ مخففة الآلام Antibiotiques angmmentin

وكذلك تستعمل موسعات الرئة من نوع:bronchodila - solbutamol

ج ـ الجانب المعرفي:

الحالة "خ ق"لاتعاني من أي اضطراب في الذاكرة إلا أنها تنسى في بعض الأحيان عند سؤالي لها عن سنها لم تعرف قالت "راني ننسى من الكبر ،لديها القدرة على استيعاب وفهم الأسئلة التي نطرحها عليها

د- المعاش النفسي:

تتميز الحالة بمزاج هادئ يظهر ذلك من خلال سلوكاتها اليومية إلا بعض الأحيان تشعر بالكآبة والحزن لعدم مكوثها مع ابنتها وكذلك الحالة التي آلت إليها (بدون مأوى)ولامعين لها

و- التكفل بالحالة:

يوجد تكفل طبي بالحالة وذلك بتناول الدواء واستعمال الموسعات الرئوية عند الضرورة فهناك متابعة من طرف الفريق الطبي ،أما التكفل النفسي فتقول الحالة "لماذا الأخصائية النفسانية أنا مرضي طبي(فهي ترى ان مرضها عضوي أكثر من نفسي)،والجانب الاجتماعي موجود وذلك بالسماح بالزيارات ،والخروج بموافقة من الأخصائية الاجتماعية والنفسانية والسماح لهم بالتجوال في المركز ،تقول الحالة " يوجد تلفاز في كل غرفة نشاهد مع المقيمات" يوجد مصلى نصلي ،يأتي إمام لدينا يقوم بتلاوة أحاديث وسور قرآنية

- نتائج اختبار بيك Beck :

أسئلة حول	أجوبة المفحوص
الحزن	1
التشاؤم	1
الإحساس بالفشل	1
عدم الرضا	1

الشعور بالذنب	2
توقع العقاب	1
كراهية النفس	1
اتهام الذات	2
الأفكار الانتحارية	0
البكاء	2
الانفعال	3
الانسحاب الاجتماعي	1
التردد على التغير في صورة الذات	1
الانشغال بصفة البدن	2
صعوبة العمل	2
الأرق	0
سرعة التعب	1
فقدان الشهية	1
فقدان الوزن	2
الانشغال على الصحة	1
فقدان الشهوة الجنسية	1
المجموع	27

الجدول 3:درجة الاكتئاب للحالة الثانية

2-2) تحليل نتائج اختبار بيكBeck

لم نجد معارضة من طرف الحالة في تطبيق الاختبار تجاوبت مع كل الأسئلة وتفهم بسهولة

ـ نتائج اختبار بيك:

حصلت الحالة على 27 درجة من اختبار الاكتئاب وهذا حسب تفريغ القائمة المتكونة من 21 مجموعة كل مجموعة بها 4 أجوبة، ودرجة التي تحصلت عليها محصورة من21-30 وهذا ما يعادل اكتئاب متوسط، ونستدل أن الحالة تعاني من اكتئاب من خلال أجوبتها في الاختبار عند

المجموعة1 اختارت الجواب 1من المجموعة"اشعر بالحزن والكآبة" وهذا يدل على ان الحالة حزينة ويظهر ذلك من خلال ملامح وجهها الحزن وعدم اهتمامها أو فقدان الرغبة في الاهتمام بالنفس من

حيث النظافة وهذا عرض من أعراض الاكتئاب، جوابها 1 في المجموعة4"أنا لاتمتع بحياتي كما كنت في السابق" وهذا يدل على عدم الرضا على حياتها الحالية والتغيرات التي حصلت لها

جوابها2 من المجموعة7 "أنا مشمئز من ذاتي "وهذا يدل على كراهية النفس لقواها "كرهت من هذي العيشة بعيدة على بنتي إنني كبرت بقي لي أيام أريد أن اقضيها مع ابنتي " فالحالة تخاف من الموت بعيدة عن ابنتها بسبب مرضها فهي مشغولة على صحتها من خلال جوابها الأول في المجموعة20"أصبحت مشغولة على صحتي بسبب الأوجاع والأمراض "

3-2) تقرير عام حول الحالة الثانية(خ ق) :

لقد استنتجنا من خلال المقابلات وتطبيق اختبار الذي قمنا به مع الحالة (خ ق) هي امرأة عجوز تبلغ 70سنة طويلة القامة ، بيضاء البشرة ،أرملة لديها ابنة بالتبني فهي لاتنجب ، التحقت بالمركز لظروف اجتماعية صعبة حيث لا تملك مسكن ،ولا عائل لديها ما عدا ابنتها التي لديها 4 أولاد

ولقد أجرينا معها 5 مقابلات تمت فيها ملاحظة سلوكات وتصرفات الحالة وتطبيق عليها اختبار الاكتئاب حيث اثبت انها تعاني من اكتئاب متوسط وهذا من خلال الظروف التي تعيشها لديها فراغ نفسي وذلك لبعد ابنتها عنها وشعورها بالحزن والكآبة لم تمر به من ظروف كعدم وجود مأوى لديها

قلقها على صحتها ،وفقدانها الرغبة في الاهتمام بنفسها ومنه نستنتج أن الحالة تحظى بتكفل طبي نظرا لمرضها المزمن" الربو"ومن خلال استعمالها لموسعات الرئوية والأدوية ،أما التكفل النفسي فنجد أن الحالة ترى أن مرضها عضوي وليس نفسي بالرغم تبين أن لديها اكتئاب .

ومن خلال مقابلتي مع المربيات والمساعدة الاجتماعية ان الحالة عند دخولها كانت ذات مظهر نظيف قوية الجسد ثم بدأت تتدهور من خلال مظهرها أصبحت نحيفة الجسم وهذا نظرا لما تعيشه

في المركز يؤثر عليها فمعظم الحالات مرضى عقليين وبهذا لا يوجد تكفل نفسي ومما لاحظته غياب المستمر للأخصائية وهذا سبب لعدم التكفل بالإضافة إلى رفض الحالة أما التكفل الاجتماعي فهو موجود من خلال العلاقة بين المقيمين ، الزيارات.....

3- تقديم الحالة الثالثة"ق ل":

- المقابلة الأولى:2013/04/29

قام المربي باختيار الحالة واتى به إلى المكتب لتتم المقابلة وفيها تم جمع بعض المعلومات عن الحالة من المربي لان الحالة لديه إعاقة حركية وبذلك دونت المعلومات الأولية (الاسم،السن ،المهنة....)

- المقابلة الثانية:2013/05/09

كان الحالة حزين وكئيب ورفضه لتغيير ملابسه، وقد تم التطرق إلى الجانب الأسري علاقته مع عائلته وصولا إلى سبب دخول إلى المركز.

ـ المقابلة الثالثة:2013/05/23

في هذه المقابلة ركزت على الجانب الصحي للحالة وكيفية تقبله لمرضه .

ـ المقابلة الرابعة:2013/05/26

ركزت على الجانب الاجتماعي للحالة وعلاقته مع المقيمين معه في المركز ومع المربين والعمال .

ـ المقابلة الخامسة:2013/05/30

تم تطبيق اختبار بيك للاكتئاب مع مساعدة المربي نظرا لملامح الحزن والكآبة البادية على وجهه ولقد وجدت بعض الصعوبة في ذلك لعدم فهم الحالة فقام المربي بمساعدتي على تطبيق الاختبار.

1-3) تحليل الحالة الثالثة "ل ق"

ـ تقديم الحالة "ل ق"

الاسم: ل

اللقب: ق

تاريخ ومكان الازدياد:1946/01/05بلدية تاخمارت تيارت

الجنس: ذكر

عدد أفراد الأسرة:2 ذكور، 2إناث

المهنة:/

معلومات لصحة الحالة: لديه إعاقة حركية

مدا خيل مالية للحالة: يتقاضى منحة العاقة شهريا

السكن: لديه سكن استولت عليه أخته

ـ البيانات الأولية عن الحالة:

تاريخ الدخول إلى المركز:2012/11/19

أدخل من طرف: أخت

أـ الجانب المورفولوجي:

يتميز الحالة "ل ق" بطول القامة، لون البشرة سمراء مع ظهور تجاعيد على الوجه، لون العينان بنيتان والشعر اسود، الحالة غير مهتم بمظهره.

ب ـ سيميائية السلوك:

يتسم سلوكه بالهدوء ،ملامحه حزينة وذلك لافتقاده لأولاده، عند تذكر أخته ينفعل تبدأ يداه في الارتجاف ، ونذكر من أهم سلوكاته اليومية مايلي:

ـ النوم: نوم متقطع طيلة الليل

ـ الأكل: ليست لديه شهية

ـالنظافة: إهمال في نظافة الجسد من خلال أظافره والثياب التي يرتديها بالرغم من تكفل الفرقة يرفض أحيانا تبديل ثيابه .

الاتصال : كان الاتصال مع الحالة فيه بعض الصعوبة لعدم فهمه للأسئلة ويجاوب في موضوع آخر، كما لايسمع جيد يجب التحدث إليه بصوت عالي.

ـ اللغة: لديه لغة سليمة ومفهومة، يتكلم بصوت خافت

ت ـ الجانب الأسري:

عاش الحالة "ل ق"في أسرة مكونة من أب وأم وأخت توفي الوالدان عاش مع أخته ثم تزوج وطلق زوجته لديه ابن في 14 من عمره وهو ماكث مع أمه ،ثم أعاد الزواج مرة أخرى (زواج عرفي)ولديه ثلاث أطفال (2إناث،ذكر)، يملك الحالة أراضي ومسكن تحصل عليه من طرف دائرة تاخمارت(تيارت)،يتقاضى منحة إعاقة شهريا،قامت أخته المتواجدة في الغربة بالاستيلاء على

ممتلكاته بسبب إعاقته وأدخلته المركز،عند سؤالي عن أولاده قال لادري فتوجهت إلى المساعدة الاجتماعية فقامت بإعطائي بعض المعلومات،أولاده من الزوجة الثانية وضعوا في مراكز إعادة التربية: البنت التي تبلغ 11سنة وضعت في مركز إعادة التربية للبنات تيارت ،الابن يبلغ 8سنوات

وضع بمركز إعادة التربية ببلدية الرحوية ،أما البنت الصغرى تبلغ من العمر 5سنوات بقيت بحضانة الأم وذلك لأن الزوجة كانت تتسول مع الأبناء وعليه تم وضع الأطفال بمراكز إعادة التربية

ث ـ الجانب الاجتماعي:

تلقيت بعض الصعوبة في الاتصال مع الحالة وذلك لعدم فهم بعض الأسئلة مما إستوجب تكرار السؤال وتوضيحه مع رفع الصوت علاقته مع المقيمين حسنة ،إلا أنه منطوي لا يتحدث كثيرا مع المقيمين قال " ما عنديش صحابي هنا ما نتكلم مع حتى واحد" فهو منعزل لا يجلس مع المسنين ،لا يشارك في أي نشاطات داخل المركز وذلك بسبب مرضه.

ج ـ الجانب الصحي:

الحالة لديه إعاقة حركية وعند سؤاله عن مرضه لايريد التحدث وينتقل إلى موضوع آخر وفي هذه المقابلة كان ميزاجه سيء لأنه يريد الخروج ولم أتحصل على معلومات عن مرضه لغياب الممرضة وعدم وجود الطبيب

خ ـ الجانب المعرفي:

يعاني الحالة من اضطراب في الذاكرة وهذا ما لاحظناه من خلال مقابلتنا معه لا يحدد تاريخ أي حدث، ولا يتذكر متى كانت المقابلة التي مضت.

د ـ المعاش النفسي:

يتميز الحالة بمزاج مكتئب غير مهتم بمظهره ونظافته في معظم الأحيان وقلق يظهر في ارتجاف يديه والحزن الشديد على الحالة التي آل إليها واستولت أخته على ممتلكاته.

و- التكفل بالحالة:

يوجد تكفل طبي بالحالة وذلك بمتابعته وتقديم الدواء ، أما فيما يخص التكفل النفسي فهو نسبي فالحالة حضر حصة مع الأخصائية ولم يتابع بالرغم من أنه يعاني من مزاج يتسم بالحزن وهو مكتئب في غالب الأوقات لكن يرفض الحوار ويرفض القيام بأي نشاط للترفيه كما لاحظت أن الأخصائية النفسانية أغلب الأوقات غير موجودة ،يوجد تكفل اجتماعي من خلال النشاطات والزيارات لكن الحالة لا يحب القيام بأي عمل وإقامة علاقة مع المقيمين وعند سؤاله عن المعاملة

من طرف العاملين يقول "هم ملاح بصح أنا نقلقهم عندما لاأحب ارتداء ملابس أو الأكل يقومون بالصراخ "

ـ نتائج اختبار بيك:

أسئلة حول	أجوبة المفحوص
الحزن	1
التشاؤم	2
الإحساس بالفشل	1
عدم الرضا	2
الشعور بالذنب	1
توقع العقاب	1
كراهية النفس	1
اتهام الذات	1
الأفكار الإنتحارية	0
البكاء	1
الانفعال	3
الانسحاب الاجتماعي	1
التردد على التغير في صورة الذات	3
الانشغال بصفة البدن	3
صعوبة العمل	3
الأرق	1
سرعة التعب	2

فقدان الشهية	1
فقدان الوزن	2
الانشغال على الصحة	1
فقدان الشهوة الجنسية	1
	32

الجدول4:درجة الاكتئاب للحالة الثالثة

2-3) تحليل نتائج اختباربيك:

وجدنا صعوبة من طرف الحالة في تطبيق الاختبار، حيث لم يكن يفهم الأسئلة إلا بمساعدة المربي

ـ نتائج اختبار بيك :128

حصل الحالة "ل ق"على 32درجة من مقياس بيك وهي محصورة من 31-40 وهي درجة اكتئاب شديد وهذا حسب جدول مقياس الاكتئاب تميزه بالتشاؤم وهذا ما لاحظناه في المجموعة2كانت إجابته 2"يبدوا لي أن لاشيء أنتظره في المستقبل " وهذا يدل على تشاؤمه واتهام الذات من خلال المجموعة 8"إنني أنتقد عجزي وعيوبي" فهذا يعني أن الحالة يلوم نفسه على ما يحصل له ويشعر بالذنب من خلال المجموعة 5كانت إجابته 1"أظن أنني مذنب في غالب الأحيان " وعدم اهتمامه أو فقدان الرغبة في الاهتمام بنفسه من حيث نظافة الجسد والمظهر وفقدان الرغبة الجنسية وهذا في اجابته1 من المجموعة 21"اني اقل رغبة في العلاقات الجنسية " إجاباته كلها تدل على الاكتئاب

الأرق ،فقدان الوزن ،فقدان الشهية،الحزن ،كراهية النفس كلها تدل على نفسيته المكتئبة إلا إجابته في المجموعة 9كانت 0"لاأفكر أبدا في إيذاء نفسي" وهذا يدل على عدم وجود أفكار انتحارية.

3-3) تقرير عام حول الحالة "ل ق"

لقد استنتجنا من خلال المقابلات وتطبيق الاختبارات مع الحالة هو رجل عجوز يبلغ من العمر 78سنة متزوج ، طويل القامة ،التحق بالمركز نتيجة الظروف حيث استولت أخته على ممتلكاته وأدخلته المركز بحجة إعاقته ،وفقد أولاده بحيث لا يعرف شيء عنهم ، وقد أجرينا معه خمس مقابلات تمت فيها ملاحظة سلوكياته من خلال رفضه الجلوس مع المقيمين والشعور بالذنب والحزن وقد أكدت نتائج تطبيق اختبار بيك ذلك ،حيث أثبتت أن الحالة يعاني من اكتئاب شديد الذي يظهر على شكل انعزال ،عدم الرغبة في الاهتمام بنفسه من حيث نظافة المظهر،عدم النوم ،فقدان الشهية .

أما فيما يخص التكفل الطبي فهو يحظى بفحوصات وتناول الأدوية أما التكفل النفسي فهو نسبي مرات يرفض الحوار مع الأخصائية النفسانية وتفضيله العزلة لأن غالبية الوقت لا تحضر التكفل الاجتماعي موجود لكن الحالة يرفض اقامة علاقات ونشاطات بسبب اعاقته.

4- تحليل النتائج ومناقشة الفرضيات:

تعتبر مناقشة الفرضيات خطوة ومرحلة أساسية في كل بحث علمي ، من خلال استنتاجات سابقة وبعد العرض الشامل والتحليل الدقيق لكل حالة من الحالات الثلاثة عن طريق مجموعة من الوسائل

المستخدمة في المقابلات العيادية والملاحظة واختبارات "كاختبار بيك للاكتئاب" وبما أن دراستنا تستهدف من خلال إشكالية البحث التي جاءت كالتالي :

ما هي طبيعة التكفل النفسي بالمسنين في المؤسسة ؟

فتوصلنا إلى ما يلي من خلال طرح الفرضية: تتمثل طبيعة التكفل النفسي بالمسنين في المؤسسة بتقديم الرعاية الطبية ، الرعاية النفسية والرعاية الإجتماعية.

فتوصلنا إلى ما يلي من خلال طرح الفرضية الأساسية : لم تتحقق هذه الفرضية بمعنى أن التكفل النفسي بالمسنين قائم على الرعاية الطبية والاجتماعية وتكاد تنعدم الرعاية النفسية والذي اتضح من خلال مناقشة الفرضيات الجزئية .

ـ الفرضية الأولى:

لقد ثبت وجود تكفل طبي أي رعاية طبية ويظهر ذلك من خلال الرعاية والمتابعة الطبية للمسن من طرف الفريق الطبي ،وتوفير الأدوية المناسبة واللازمة له والسهر على راحته وحمايته والاهتمام به وهذا ما ظهر عند الحالة الثانية "ح ق" التي تعاني من الربو حيث تحظى بتكفل طبي من خلال المتابعة الطبية وتوفير الدواء اللازم لمرضها والسهر على حمايتها من خلال حرص الفريق الطبي على تناول دوائها وكذلك بالنسبة للحالة الأولى "ق ب"التي تعاني من داء السكر والضغط الدموي حيث تحظى بعناية من خلال تقديم الأدوية في وقتها وقياس ضغطها الدموي وتحديد نوعية وكمية الغذاء اللازمة التي تتطلب حالتها الصحية وكذلك بالنسبة للحالة "ل ق" الذي يعاني من إعاقة حركية يحظى برعاية طبية من خلال تناول الأدوية .

ـ الفرضية الثانية :

ثبتت بنسبة ضئيلة صحة هذه الفرضية بحيث لا يوجد تكفل نفسي أو رعاية نفسية 100% إلا بنسبة ضئيلة تكاد تنعدم ، وقد لاحظناه من خلال المقابلات ويرجع ذلك من جهة إلى عدم تتبع الأخصائية

النفسانية للحالات وهذا ما لاحظناه عند الحالة الأولى "ف ب" التي لم تجد من يخفف من شعورها بالقلق والكآبة والحزن بالرغم تبين لديها اكتئاب شديد وكذلك الحال بالنسبة للحالة الثالثة"ق ل "الذي

حضر حصة مع الأخصائية ولم يتابع ويرفض الحوار بالرغم من انه يعاني من الاكتئاب ،ومن جهة الغياب المستمر للأخصائية ومن جهة رفض المسن العلاج النفسي وهذا ما لاحظناه عند الحالة الثانية "خ ق " التي ترى أن مرضها عضوي أكثر من نفسي بالرغم من أنها تعاني من اكتئاب متوسط يظهر من خلال الحزن والكآبة والفراغ الذي تعيشه وبهذا فالرعاية النفسية نسبية وهذا من أسباب تدهور صحة المسنين لعدم وجود رعاية نفسية وهذا من خلال ما لاحظته في المقابلات ولنقص الأخصائيين النفسانيين .

ـ الفرضية الثالثة :

ثبت صحة هذه الفرضية حيث يوجد رعاية اجتماعية وذلك من خلال القيام بنشاطات والسماح بالزيارات لهذه الفئة ، الاهتمام بالجانب الديني بجلب إمام إلى المركز، يسمح لبعض المقيمين بالخروج كالحالة الثانية "خ ق" التي تخرج عندما تريد الذهاب إلى زيارة أو عندما تذهب لجلب منحتها ،كما تقام حفلات (المولد النبوي،الأعياد) وحضور بعض العائلات للاحتفال معهم ،وقد تم أخذ بعض المقيمين إلى الحج ،وهناك أخصائية اجتماعية ومساعدة تقوم بالتحقيق الاجتماعي وتسهيل عملية الإدماج العائلي وهناك رعاية من حيث (الثياب، الأكل،الحمامات)

*وعليه نستنتج أن عملية التكفل النفسي عملية ضرورية للمسن وهذا ما ثبت من خلال تربصنا بالمركز باستعمال مجموعة من الوسائل (المقابلات،الملاحظة،اختبارات) فلاحظنا وجود تكفل طبي من خلال توفير الرعاية والمتابعة الطبية ، ويكاد ينعدم التكفل النفسي نظرا لرفض بعض الحالات

إما لاعتقادها أن مرضها عضوي أو تصور خاطئ مما يزيد في تدهور الحالة الصحية للمسن وظهور حالات من التعب والملل والعزلة والاكتئاب والقلق ومما لاحظته أيضا غياب الأخصائي

النفساني يحضر مرات ، وعدد المقيمين 84 والأخصائي واحد وهذا غير كافي مما لا يكون هناك تكفل نفسي وأيضا تدهور صحة المسن راجع إلى المحيط الذي يعيشه في المركز فأغلبية المقيمين مرضى عقليين وهذا له أثر على المقيمين الآخرين ، أما الرعاية الاجتماعية توجد من خلال وجود أخصائية اجتماعية ومساعدة حيث تقوم هاتين الأخيرتين بالبحث عن عائلات بعض المقيمين وبهذا تكون متابعة من طرف أسرهم إضافة إلى العلاقة بين المقيمين (مشاهدة التلفاز،تنظيف الغرف من طرف المقيمين وعاملات النظافة، الخياطة .....)

تمهيد

تعد دور رعاية المسنين أحد أنواع منظمات الرعاية الاجتماعية التي أنشئت لمساعدة الأفراد على إشباع احتياجاتهم ومواجهة مشكلاتهم وتنمية قدراتهم وتدعيم توافقهم الشخصي والاجتماعي ،وتعرف بأنها مؤسسات أنشئت بقصد وتدبير من المجتمع لتحقيق أهداف معينة أبرزها توفير الاستقرار النفسي والاجتماعي للمسنين ومواجهة المشكلات التي عجزت أسرهم عن حلها بأسلوب علمي وإنساني منظم.

وتعرف أيضا أنها ذلك المكان الذي يلحق به المسنون الذين تعوزهم القدرة على خدمة أنفسهم ولا يوجد من يستطيع رعايتهم والعناية بهم وقد يلحق بها المسنون نتيجة لعوامل تتصل ببناء الأسرة ،أو وظيفتها أو عوامل فردية تتصل بالشخص نفسه وتعتبر اختيارية للإلتحاق بها.

وظهور مؤسسات الرعاية للمسنين ضرورة فرضتها التغيرات الاجتماعية والاقتصادية التي اعترت المجتمع والتي تبعها تقلص في دور الأسرة وإنتشار الأسر النووية الصغيرة وإنشغال الأبناء بأسرهم وضعف القيم وغيرها من التغيرات التي جعلت هذه الدور بديلا عن الرعاية الأسرية لبعض المسنين وذلك على الرغم من إجماع الرسالات السماوية على ضرورة رعاية الأبناء للآباء .وسنقوم في هذا الفصل بعرض طبيعة الخدمات التي تقدمها دور العجزة للمسنين وأهدافها وأنواع الرعاية الموجودة .

1- تاريخ ظهور ديار العجزة:

إن الرعاية الاجتماعية والنفسية للمسن ظهرت في البداية على شكل مستشفيات خاصة بالصحة العقلية وذلك في القرن 18م لسنة 1752 من طرف روش (BenjamainRush) في مستشفى بنسيلفانيا الذي أعد التضامين الخاصة بالتنظيم الإداري للعمل والتسلية لملاجئ المختلين عقليا .

أما في سنة 1923بدأ المستشفى ينتظم بواسطة قواعد علاجية حقيقية ترتكز على دراسة سلوكات المرضى والأطباء والدور والتكيف للمرض. وهذا بفضل الألماني هرمان سيمون (HermenSimon) [1] أما العاديين من المسنين فقد تمت إجراءات لمساعدتهم " كتأسيس ديارأو مأوى العجزة فعدد الشيوخ كان قد إزداد بقوة في القرن19م ،وأصبح وضعهم غير مستقر بفعل النزوح الريفي ،فصار مشكلا إجتماعيا يخص الشيخوخة ، وفي غياب نظام الجمعيات في أواخر القرن 19وبداية القرن 20 م ،جزء كبير من السكان لم يعرف السلامة والأمان وبالأخص الشيوخ ،وكانت وجهة النظر نحو الشيخوخة سلبية في أوساط العمل ،وطوال هذه المدة كانت قيمة هذه الفئة منحطة تشير آن ماري غيلموند(Anne Marie Guilmand)إلى المكانة المنقولة للطبقات الكادحة هي ديار العجزة .وقد أقيمت ديار للعجزة في المجتمع العربي أثناء الفترة الإستعمارية ،وكان ظهورها في بداية الأمر بمصر على يد الجهات الأجنبية بسبب الحربين العالميتين.[2]

---

[1]- Henry Ey .Bernard et CH.Brisset . Manuel dePsychiatrie .3édition-1967-Paris –P1072

[2]- Paskal Pocket – les personnes agées –édit la découverte -1997-Paris .P7-8

2- المسؤول عن رعاية المسن:

1- مسؤولية أسرته الصغيرة والكبيرة (الأبناء ، البنات الزوجة الأقارب ،العائلة)

2- مسؤولية الدولة

3- المؤسسة الخاصة

4- المؤسسة التعاونية

أ- مسؤولية الدولة :

هي الشخصية المعنوية التي تلزم أجهزتها برعاية المسنين مع الأهل بل وتلزمها بالخضوع لهذه الرعاية فهي تقوم ب:

- دراسة نفسية المسن ونفسية كل فئة على حدى

- الإفادة من التقدم الذي وصلت إليه الشعوب الراقية في تقديم خدمات عالية المستوى وتلائم الزمن الذي نعيش فيه .

- تقديم الإعانات والإشراف على المؤسسات الأهلية سواءاً كانت مؤسسات أفراد أو جمعيات

ب - المسؤولية الخاصة :

أقيمت في الدول العربية من طرف الجهات الدينية الأجنبية وكانت خاصة بالأجانب الذين فقدوا أبنائهم في الحربين العالميتين أو الذين رجع أبنائهم وأمهاتهم دون عائل ودون أسرة تعيلهم وبغير إيراد شهري .

ج - المؤسسة التعاونية :

هناك أجهزة أخرى يملكها فرد أو هيئة يمتلكها ويشترك في تأسيسها مجموعة من الأسر ويسهم في إنشائها والإنفاق عليها من أطرف مختلفة من خلال أسهم تطرح للبيع ،ويمكن الإستعانة بوزارة الشؤون الإجتماعية في إنشاء مثل هذه المؤسسات التعاونية. [1]

3- الخدمات الصحية :

يمكن حصر التكفل النفسي بالمسنين في الخدمات الصحية التي تنقسم إلى نوعين أساسيين:

- الوقائية

- العلاجية

ويمكن تقسيم كلا النوعين إلى تقسيمات أخرى

أ- الطبيب والجراح ،الطبيب الأخصائي ،ضروريين لأي خدمة نفسية

ب - مؤسسات العناية في مستشفيات الأمراض العقلية والكليات الطبية

ج - المؤسسات أو المنظمات المساعدة في العادة للمؤسسات السابقة مثل الصيدليات المستقلة أوالملحقة بالمؤسسات والعيادات الخارجية التي تخدم أولئك المصابين بنقص في القدرات العقلية أو الجسمية بإعتبارها مؤسسات أولية للخدمات تسبق عملية التطبيب وبرامج التأمين الصحي وأنواع العيادات المتخصصة والخدمات الصحية الوقائية موجهة عادة نحو الشخص وتمارس عليه إذ توجد قليل من المؤسسات التي تهدف للخدمات تسبق عملية التطبيب وبرامج التأمين الصحي وأنواع العيادات المتخصصة والخدمات الصحية الوقائية موجهة عادة نحو الشخص وتمارس عليه إذ توجد قليل من المؤسسات التي تهدف إلى الإهتمام بصحة الفرد وتمنع المرض . وأن الشخص هو الذي

[1]- عبد المنعم الميلاد – الأبعاد النفسية للمسن – مؤسسة شباب الجامعة الإسكندرية – سنة 2002 ص129-1303

يتذكر ويجعل نفسه هو مسؤولا عن جميع متطلباته الجسمية كتنظيف الأسنان ،تناول الدواء ،الأكل ، النوم ،التمريض على نحو مناسب وأخذ حقن المناعة.[1]

وهناك أجهزة أخرى لرعاية المسنين لخدمة طويلة الأمد هي :

- الرعاية الطبية
- مستشفيات الرعاية النهائية
- مستشفيات الأمراض المزمنة
- الرعاية المجتمعية للمرضى العقليين
- مراكز الصحة النفسية المجتمعية
- بيوت الرعاية اليومية
- بيوت وإدارة التمريض
- مستشفيات طب الشيخوخة
- المستشفيات النفسية
- مستشفيات التأهيل المتخصصة
- مستشفيات الرعاية القصيرة

[1]- تأليف ليد فورد بيسكوف – علم النفس الكبار – ترجمة عايف حبيب دحام الكيال – المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم – بغداد- سنة 1984ص173

4ـ أسباب دخول المسنين إلى دور الرعاية :

لقدحدثت تغيرات في المجتمع أدت إلى خلق ظروف مستجدة صعبة أثرت سلبا على رعاية المسنين كان الناس في السابق يتفرعون لخدمة المسن لكن الوضع يكاد ينعدم اليوم:

أـ تغير أنماط الحياة :

ـ نمو أعداد المسنين

ـ التقدم الصحي الذي أدى إلى إ زياد متوسط العمر

ـ تحول الأسر من أسر ممتدة يتعاون كل أفرادها لرعاية شخص مسن إلى أسر نووية منهمكة في تغطية متطلبات الحياة

ـ تراخي في الروابط الأسرية

*لذلك تغير في العقود الأخيرة كثير من المفاهيم والعادات حيث فيما مضى كان يعيش المسن لوحده

وأبناءه متواجدون من حوله كانو ا هم قادة الأسر يتربعون على عرشها قراراتهم هي النافذة حيث كان متوسط العمر عام 1900(43سنة) لكن التطورات الطبية والإقتصادية حولت الكثير منهم إلى

متقاعدين وزاد متوسط العمر إلى 68.[1]

ب ـ مشاكل جسمية :

ـ إنحدار القدرات الوظيفية لأعضاء الجسم .

[1] - مصطفى محمد أحمد الفقي ـ رعاية المسنينبين العلوم الوضعية والتطور الإسلامي ـ المكتب الجامعي الحديث – الإسكندرية ـ سنة 2008 ص191

ـ نقص القدرة على الحركة لدى الكبير مما يحتاج لمساعدة الغير .

ـ إنحرافات نفسية بسبب الضغط

ـ تغيرات في أجهزة الحواس وصعوبة في حركة الأطراف.

ـ تغير في الوزن وتوزيع الدهن .

ـ تضخم في القلب تصلب الشرايين وتغير في ضغط الدم .

ـ إزدياد الضعف الذهني وفقدان الذاكرة أو النسيان وتغير في عادات النوم وفقدان القدرة على التعلم.

ـ هشاشة العظام

ـ إزدياد حالات الإكتئاب بسبب إضطهاد المحيطين وعزلهم

ـ الشعور بالوحدة خاصة إذا توفي الزوج وتفرق الأولاد.[1]

ج ـ تغير إتجاهات المجتمع :

ـ المسن لم يعد منتجا فإنحسر دوره وفقد أهميته.

ـ أصبح يحتاج لرعاية مكثفة مما يجعله عبئا.

ـ إزدياد أعباء الحياة الإقتصادية مما يجعل الأولويات للأجيال الناشئة ،لهذه الأسباب أصبحت رعاية الكبار مهددة مما يفرض على المجتمع إيجاد البدائل ويقع في مقدمة هذه البدائل مركز المسنين .

5ـ أنواع الرعاية في دور العجزة :

أ ـ الرعاية الدائمة :

---

[1]- مصطفى محمد أحمد الفقي ـ رعاية المسنين بين العلوم الوضعية والتطور الإسلامي ـ مرجع سبق ذكره ص192

تقدم هذه الرعاية لفئة المسنين الذين لاعائل لهم والذين لا تسمح ظروف أسرهم برعايتهم ويقيمون في دار رعاية المسنين بصورة دائمة حتى نهاية حياتهم ويشترط عند توفير هذا النوع من الرعاية الحصول على موافقتهم وموافقة أسرهم .

ب ـ الرعاية المتقطعة :

وهي بمثابة رعاية مشتركة للمسن بين الدار أو المركز والأسرة من أجل تخفيف العبء عن الأسرة وذلك من خلال رعاية المسن في الدار أو المركز لمدة محدودة يعود بعدها إلى رعاية أسرته وهكذا بالتناوب .

ج ـ الرعاية المؤقتة :

يتم خلالها تقديم الخدمات المختلفة للمسن لفترة محددة تمتد لشهر أوأكثر نتيجة لظروف طارئة في الأسرة يعود بعدها المسن إلى أسرته حال إنتهاء المدة المحددة .

د- الرعاية داخل الأسرة :

تقدم أوجه الرعاية المختلفة للمسنين في محيط أسرهم حيث يقوم الأخصائيون كل في مجال عمله بزيارات منزلية للمسنين للتعرف على إحتياجاتهم والعمل من أجل توفيرها داخل الأسرة دون الحاجة إلى زيارتهم للدار أو المركز أو الإقامة فيهما وذلك من خلال الوحدة النفسية. [1]

6- أهداف دور الرعاية للمسنين:

ـ تدبير المكان المناسب لإقامة المسنين إقامة كاملة بما يكفل تحقيق الراحة لهم .

---

[1]- سليم أبو عوض ـ التوافق النفسي للمسنين ـ دار أسامة للنشر والتوزيع – عمان – الأردن ـ الطبعة 1- 2008 ص194

ـ توفير برامج الرعاية الصحية والنفسية والإجتماعية للمسن .

ـ توفير برامج لممارسة الهوايات والأنشطة وبرامج التأهيل المهني التي تمكن المسن من إستخدام طاقاته ومواهبه .

ـ توفير البرامج الترويحية التي تضمن للمسن شغل وقت فراغه والإستمتاع بحياته .

ـ توفير البرامج التي تمكن المسن من الإندماج في المجتمع .

ـ التخفيف من نسبة الشيوخ المتخلى عنهم من طرف عائلتهم وإلمامهم داخل هذا المركز ومحاولة خلق جو عائلي ،يخفف من معانات المسن وإحساسه بالضياع .

ـ إعادة بناء وتنظيم الحياة النفسية للمسن حتى يتقبل ذاته والواقع اليومي .

ـ التكفل بالفئة المعاقة المحرومة وإعادة دمجها في وسط المحيطين بها داخل المركز من عاديين ومعاقين وتأهيلهم لحياة إجتماعية مستقرة.[1]

7ـ قانون إنشاء وتسيير دور المسنين بالجزائر:

تم إنشاء دور الأشخاص المسنين من طرف وزارة الشؤون الإجتماعية بمقتضى مرسوم رقم 80-82 المؤرخ 15مارس1980 المتضمن إنشاء وتنظيم وسير الأشخاص المسنين والمعوقين . وقد تم إدراج المرسوم ضمن قانون الأسرة بمقتضى القانون رقم 84- 11 المؤرخ في 9جوان 1984 المتضمن قانون الأسرة ،وقد حددت وزارة الشؤون الإجتماعية صلاحيتها بمقتضى مرسوم رقم

[1]- مصطفى محمد أحمد الفقي ـ رعاية المسنين بين العلوم الوضعية والتطور الإسلامي ـ مرجع سبق ذكره ص85-86

90-162في 2جوان 1990.أما في سنة 1991 تقرر بإقتراح من مدير النشاط الإجتماعي وضع النظام الداخلي لدور الأشخاص المسنين في شكل قانوني.[1]

8- قرار النظام الداخلي لسنة 2013:

قرار وزاري رقم 001 المؤرخ 10فيفري 2013يتضمن النظام الداخلي النموذجي للمؤسسات المتخصصة وهياكل إستقبال الأشخاص المسنين.

أ- المؤسسة:

المادة1:

يهدف هذا القرار إلى تحديد النظام الداخلي النموذجي لدور الأشخاص المسنين طبقا لأحكام المادة 14من المرسوم التنفيذي رقم 12-113 المؤرخ في الربيع الثاني عام 1433 الموافق 07مارس سنة 2012.

المادة 2:

تستقبل دور الأشخاص المسنين بصفة دائمة أومؤقتة الأشخاص المسنين البالغين من العمر 65 سنة فما فوق المحرومين ومن هم في وضع إجتماعي صعب أو بدون روابط أسرية

المادة 3:

تستقبل دور الأشخاص المسنين بصفة دائمة أو مؤقتة وفي حالات إستثنائية:

- الأشخاص المسنون البالغون من العمر 65سنة فما فوق في وضعية عائلية أو إجتماعية صعبة ذوي الدخل الكاف.

[1] - ملحق القانون الداخلي

ـ الأشخاص المسنون البالغون من العمر 65سنة فما فوق في وضعية عائلية أو إجتماعية صعبة متكفل بهم من قبل الفروع ذوي الدخل الكاف

المادة 4:

تضمن دور الأشخاص المسنين تكفلا مؤسساتيا للأشخاص المستقلين لاسيما

ـ الإيواء ،النظافة

ـ الإطعام السليم والمتوازن .

ـ اللباس

ـ الدعم والمرافقة الصحية والنفسية والإجتماعية .

ـ تنظيم النشاطات الدينية والثقافية والترفيهية .

ب ـ شروط قبول الدخول بدور الأشخاص المسنين:

المادة 7:

تحدث لدى دور الأشخاص المسنين لجنة قبول تتكون من الأعضاء الآتية :

ـ مدير المؤسسة ،رئيسا

ـ ممثل عن مديرية النشاط الإجتماعي والتضامن للولاية ،عضوا

ـ طبيب المؤسسة ،عضوا

ـ نفساني عيادي ،عضوا

ـ مساعد إجتماعي،عضوا

ـ مربي متخصص،عضوا [1]

المادة 8:

يتم قبول الأشخاص المسنين من طرف لجنة القبول بعد دراسة ملف المعني ونتائج التحقيق الإجتماعي.

المادة 9:

يشمل ملف قبول الشخص المسن الوثائق التالية :

ـ نسخة مطابقة للأصل من بطاقة التعريف الوطنية .

ـ شهادة الميلاد

ـ صورتان شمسيتان حديثتان

ـ شهادتان طبيتان (الطب العقلي وطب الأمراض الصدرية) يصرح فيهما بأن المعني غير مصاب بأي مرض معدي أو عقلي من شأنه أن يشكل خطرا على حياة المقيمين

ـ جدول الضرائب للشخص المسن ذي دخل .

ـ شهادة الإنضمام أوعدم الإنضمام للصندوق الوطني للأجراء أو غير أجراء.[2]

[1]- ملحق القانون الداخلي للمؤسسة
[2] - قانون الداخلي لتسيير دور العجزة

خلاصة الفصل:

من هذا الفصل نرى أن الخدمات والقوانين الموجهة لفئة المسنين المقيمين بالمراكز الخاصة بهم تهدف إلى جعلهم مستقلين عن الآخر إما في بعض الحاجات أو كلها فهي قوانين تخدمهم ،وقد تعرفنا في هذا الفصل على شروط التي تقبل بالمسنين والخدمات المقدمة لهم من طرف العاملين بالمركز ولذلك حتى يتمكنوا من تحقيق نوع من الإستقلالية عن الآخر.

محتويات البحث

ـ كلمة شكر.....أ

ـ إهداء.....ب

ـ ملخص البحث.....ج

ـ المقدمة.....1

الفصل الأول: مدخل الدراسة

ـ تمهيد..... 4.

1ـ أسباب ودوافع اختيار الموضوع.....4

2ـ أهداف الدراسة.....5

3ـ أهمية الدراسة.....5

4ـ الإشكالية والفرضيات.....6

5ـ صعوبات البحث.....7

6ـ التعاريف الإجرائية لمصطلحات البحث.....8

7ـ الدراسات السابقة.....8

الباب الأول: الجانب النظري

الفصل الثاني:الشيخوخة وخصائصها

ـ تمهيد.....12

1ـ تعريف الشيخوخة.....12

2ـ تقسيمات مرحلة الشيخوخة.....13

3ـ الدراسات التي تناولت الموضوع.....15

4ـ التغيرات التي تميز مرحلة الشيخوخة.....19

5- المظاهر الانفعالية لمرحلة الشيخوخة.....26
6- المظاهر السلوكية المميزة لمرحلة الشيخوخة.....26
7- المظاهر الاجتماعية.....27
8- المظاهر الجنسية.....28
9- مشكلات المسنين.....29
10- المسنون في الإسلام.....30
- خلاصة الفصل 33

الفصل الثالث: أمراض الشيخوخة

- تمهيد.....37
1- الأمراض العضوية.....38
2- الأمراض النفسية.....42
3- الأمراض العقلية.....44
- خلاصة الفصل.....48

الفصل الرابع: التكفل النفسي

- تمهيد.....52
1- تعريف الأخصائي النفساني.....53
52- أدوات الأخصائي النفساني.....54
3- دور الأخصائي النفساني.....61
4- طرق التكفل النفسي.....72
- خلاصة الفصل.....78

الفصل الخامس: طبيعة دور العجزة

- تمهيد.....81

1- تاريخ ظهور ديار العجزة 82
2- المسؤول عن رعاية المسنين.....83
3- الخدمات الصحية.....84
4- أسباب دخول المسنين إلى دور الرعاية.....86
5- أنواع الرعاية في دور العجزة.....88
6- أهداف دور الرعاية للمسنين 89
7- قانون إنشاء وتسيير دور المسنين بالجزائر.....89
8- قرار نظام الداخلي لسنة 2013.....90
- خلاصة الفصل.....93

الباب الثاني: الجانب التطبيقي

الفصل السادس:دراسة منهجية

- تمهيد.....97
1- دراسة استطلاعية.....97
2- منهجية البحث.....102
3- أدوات البحث.....102
4- حدود الدراسة.....104

الفصل السابع: دراسة عيا دية

- تقديم الحالات.....107
1- تقديم الحالة الأولى.....108
2- تقديم الحالة الثانية.....115
3- تقديم الحالة الثالثة.....123
4- تحليل النتائج ومناقشة الفرضيات.....129

خاتمة

- توصيات واقتراحات

- قائمة المراجع

- ملاحق

الفصل السادس

دراسة تطبيقية

ـ تمهيد

1ـ دراسة استطلاعية

1-1) مكان البحث

2ـ منهجية البحث

أـ منهج الإكلينيكي

ب ـ منهج دراسة حالة

3ـ أدوات البحث

أـ المقابلة

ب ـ الملاحظة الإكلينيكية

ج ـ الاختبارات النفسية

4ـ حدود الدراسة

ـ الحدود الموضوعية

ـ الحدود الزمنية

ـ الحدود المكانية

الفصل السابع

دراسة عيا دية

ـ تقديم الحالات

1ـ تقديم الحالة الأولى

1-1) تحليل الحالة الأولى

2-1) تحليل إختباربيك للاكتئاب

3-1) تقرير عام عن الحالة الأولى

2ـ تقديم الحالة الثانية

1-2) تحليل الحالة الثانية

2-2) تحليل إختباربيك للاكتئاب

3-2) تقرير عام عن الحالة الثانية

3ـ تقديم الحالة الثالثة

1-3)تحليل الحالة الثالثة

2-3)تحليل اختبار بيك للاكتئاب

3-3)تقرير عام عن الحالة الثالثة

4ـ تحليل النتائج ومناقشة الفرضيات

***الخاتمة**

ـ توصيات واقتراحات

ـ قائمة المراجع

ـ الملاحق

الفصل الأول
مدخل الدراسة

ـ تمهيد

ـ أسباب ودوافع اختيار الموضوع

ـ أهداف الدراسة

ـ أهمية الدراسة

ـ الإشكالية والفرضيات

ـ صعوبات البحث

ـ التعاريف الإجرائية

ـ دراسات سابقة

الفصل الرابع

التكفل النفسي

- تمهيد

1- تعريف الأخصائي النفساني

1- سمات الأخصائي النفساني

2- أدوات الأخصائي النفساني

2-1) المقابلة

2-2) الملاحظة

2-3)الاختبارات النفسية

2-4)دراسة حالة

3- دور الأخصائي النفساني

3-1- الفحص النفسي

3-2- التشخيص النفسي

3-3- العلاج النفسي

3-3-1)تعريف العلاج النفسي

3-3-2)الشروط الواجب توفرها في العلاج النفسي

3-3-3)أهداف العلاج النفسي

3-3-4) بعض أنواع العلاج النفسي

4- طرق التكفل النفسي

4-1- التكفل النفسي بمختلف الأمراض(الزهيمر، الإكتئاب،القلق، المخاوف المرضية)

4-2- التكفل النفسي بالمسن في الأسرة

4-3- التكفل النفسي بالمسن داخل مركز العجزة

- خلاصة الفصل

الفصل الخامس

طبيعة دور العجزة

ـ تمهيد

1ـ تاريخ ظهور ديار العجزة

2ـ المسؤول عن رعاية المسنين

3ـ الخدمات الصحية

4ـ أسباب دخول المسنين إلى دور الرعاية

5ـ أنواع الرعاية في دور العجزة

6ـ أهداف دور الرعاية للمسنين

7ـ قانون إنشاء وتسيير دور المسنين بالجزائر

8ـ قرار نظام الداخلي لسنة 2013

ـ خلاصة الفصل

الفصل الثاني

الشيخوخة وخصائصها

- تمهيد

1- تعريف الشيخوخة

2- الدراسات التي تناولت الموضوع

3- تقسيمات مرحلة الشيخوخة

4- التغيرات التي تميز مرحلة الشيخوخة

4-1 التغيرات العضوية

4-2 التغيرات البيوفيزيولوجية

4-3 التغير الحسي

4-4 تغير القوة العضلية والمظاهر الحركية

4-5 تغير القدرة العقلية

4-6 التغيرات النفسية

5- المظاهر الانفعالية لمرحلة الشيخوخة

6- المظاهر السلوكية المميزة لمرحلة الشيخوخة

7- المظاهر الاجتماعية

8- المظاهر الجنسية

9- مشكلات المسنين

10- المسنون في الإسلام

- خلاصة الفصل

الفصل الأول

الفصل الثاني

الفصل الثالث

الفصل الرابع

الفصل الخامس

الفصل السادس

الفصل السابع

مقدمة

خاتمة

قائمة المراجع

الملاحق

الباب الأول

الجانب النظري

الباب الثاني

الجانب التطبيقي

2- منهجية البحث:

أ- المنهج الإكلينيكي:

هو من المناهج التشخيصية التي يستخدمها علم النفس العيادي ويطبقها الأخصائي النفساني في تشخيص الاضطرابات التي يعاني منها المريض، حيث يحاول الكشف بدقة عن كينونة الفرد من خلال البحث عن مدلول لهذا السلوك وأسباب الصراعات النفسية وما يحس به الفرد من جرائها من سلوكات للتخلص منها، ولذا استخدمناه في بحثنا، حيث يسمح لنا بالكشف عن دور الأخصائي النفسي في التكفل بالمسن داخل المركز.

ب ـ منهج دراسة الحالة :

هي المجال الذي يتيح للأخصائي النفساني جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات عن الحالة الراهنة من خلال فهم الماضي والتطورات المختلفة، حيث تساعد في كشف وقائع حياة المريض.

3- أدوات البحث:

أ- المقابلة العيادية:

هي اهم الوسائل التي يعتمد عليها البحث العيادي إلى جانب الكثير من الوسائل الأخرى (ملاحظة ،الاختبارات والمقابلة هي العلاقة الاجتماعية تتم فيها محادثة بين شخصين وفقا لأسلوب علاجي دقيق بهدف الحصول على البيانات والمعلومات الهادفة في جو تسوده الثقة المتبادلة ،واعتمدنا على نوعين من المقابلة :

1- **المقابلة الموجهة:** أسئلة متقنة ومضبوطة تطرح على المفحوص بحيث هذا الأخير يتقيد بالأسئلة.

2- المقابلة النصف الموجهة: هي إعطاء الحرية للمفحوص بأقل توجيه ،بحيث يتحدث العميل بنوع من الحرية أمام الأخصائي دون أن يقيده بالأسئلة ،حيث يوجهه ضمن نقاط يريد الحصول عليها والتعمق فيها .

ب ـ الملاحظة الإكلينيكية:

تعد أداة مهمة وأساسية لجمع المعطيات حول الظاهرة التي نحن بصدد دراستها من خلال ملاحظة عدة جوانب من شخصية الحالة (ملامح الوجه، طريقة الجلوس، المظهر الخارجي، الهندام، الكلام)[1]

ج ـ الاختبارات النفسية:

1- مقياس بيك الاكتئاب Beck dépression inventory:

باختصارBDI وقد أعد هذا المقياس في الأصل الطبيب النفسي الأمريكي آوون بيك وآخرون ونشر لأول مرة عام 1961 والتي تتكون في الأصل من(21)مجموعة من الأعراض، كل مجموعة بها أربع عبارات تصف الأعراض بطريقة متدرجة من أقلها شدة إلى أكثر شدة .

وهذه الأعراض هي كالآتي : الحزن، التشاءم، الإحساس بالفشل، عدم الرضا، الشعور بالذنب، توقع العقاب، مقت الذات، اتهام الذات، الأفكار الانتحارية، البكاء، الانسحاب الاجتماعي، سرعة التعب فقدان الوزن، حدة الطبع، فقدان الشهية الجنسية، وبعدها قان بيك باختصار إلى مجموعة من الأعراض إلى18 مجموعة من أعراض الاكتئاب وقام بتعريبها كل من أبو حجلة ونزيه حمدي بإدراج مستويات الاكتئاب التالية في الجدول الآتي:

[1]- بن سنونة، مذكرة تخرج لنيل شهادة ليسانس في علم النفس العيادي، أثر الانفعالات والاضطرابات النفسية على المصاب بداء القلب، جامعة وهران2006ص58

المستويات	نوع الاكتئاب
من1إلى 10	طبيعي لايوجد اكتئاب
من11إلى16	اضطراب هين في المزاج
من17إلى 20	درجة اكتئاب عادي
من21الى 30	اكتئاب متوسط
من31الى 40	درجة اكتئاب شديد

جدول رقم1: مستويات الاكتئاب

ـ حدود الدراسة

ـ الحدود الموضوعية:

لقد اقتصرت الدراسة ثلاث على حالات 1 ذكر ،2اناث(مسن،مسنتان) تتراوح أعمارهم ما بين 67 ـ 80سنة

ـ الحدود الزمنية:

امتدت الدراسة من 29 افريل 2013 إلى غاية 30 ماي 2013في ايطار 5 مقابلات عيا دية لكل حالة من الحالات

ـ الحدود المكانية

تمت المقابلة مع الحالات في مركز دار الأشخاص المسنين لولاية تيارت وبالذات في مكتب الأخصائية الاجتماعية وفي بعض المرات في غرف الحالات

قائمة الجداول:

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
1	مستويات الاكتئاب	103
2	درجة الاكتئاب للحالة الأولى	111
3	درجة الاكتئاب للحالة الثانية	118
4	درجة الاكتئاب للحالة الثالثة	125

قائمة المراجع

ـ خاتمة.....132

ـ توصيات وإقتراحات.....133

ـ قائمة المراجع.....135

ـ ملاحق

قائمة المراجع

1- إجلال محمد سري، علم النفس العلاجي، عالم الكتب، القاهرة،مصر، الطبعة الأولى، 1990.

2- جمعة السيد يوسف، الاضطرابات السلوكية ومناهجها، دار العربي، القاهرة، مصر، 2000

3- حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسي، دار النشر عالم الكتب، ط3 سنة 1977.

4- يحي مرسي عيد بدر، المسنون في عالم متغير (مقدمة في علم الشيخوخة)، دار الوفاء للنشر والطباعة، الإسكندرية،ط1سنة 2008

5- ليد فوردج بيسكوف، علم النفس الكبار، ترجمة عايف حبيب دحام الكيال، المنظمة العربية للتربية والثقافة، بغداد، سنة 1984

6- لطفي عبد العزيز الشر بيني، أسرار الشيخوخة، دار النهضة العربية، بيروت، ب ط، ب س

7- مصطفى محمد أحمد الفقي، رعاية المسنين بين العلوم الوضعية والتطور الإسلامي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، سنة 2008

8- سهير كامل أحمد، دراسات في سيكولوجية المسنين، مركز الإسكندرية للكتاب، ط2، سنة 2001

9- سليم أبو عوض، التوافق النفسي للمسنين، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان الأردن، ط1، 2008

10- سعدوني غديري مسعودة، مصير الأطفال المصدومين من جراء العنف ماذا بعد التكفل ؟ دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، عين مليلة، الجزائر،سنة 2011

11- عبد المنعم الميلادي، الأبعاد النفسية للمسن، مؤسسة شباب الإسكندرية 2002

12- عبد المنعم الميلادي، الأمراض والاضطرابات النفسية، مؤسسة شباب الجامعة، إسكندرية مصر، 2004

13- عبد الرحمن الوافى، الوجيز في الأمراض العقلية والنفسية، ديوان المطبوعات الجامعية، بن عكنون الجزائر، ط4 ، 1994

14- عبد الرحمن العيسوي، علم النفس الشواذ والصحة النفسية، دار الراتب الجامعية، سوفنير، لبنان ط1، سنة 1984

15- فؤاد البهى السيد، الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة، دار الفكر العربي، القاهرة سنة 1998

16- فيصل خير الزراد، الأمراض العصابية والذهانية والاضطرابات السلوكية، دار القلم، ط1، سنة 1984

17- فيصل عباس، الاختبارات النفسية(تقنياتها وإجراءاتها)، دار الفكر العربي، بيروت، لبنان، ط1 1996

المعاجم باللغة العربية

1- معجم اللغة العربية 1990

2- قاموس المنجد في اللغة العربية المعاصرة، دار المشرق بيروت، لبنان، ط1، سنة2000

المراجع باللغة الفرنسية

1-Henry Ey –p-Bernard et CH .Brisset Manuel de psychiatrie 3Edition1967 Paris

2- Paskal. Pochet. Les Personnes Agées. Edit 1997 Paris

المذكرات باللغة العربية

1- محمد بلحاج فتيحة،كرزازي فهيمة، مذكرة تخرج لنيل شهادة ليسانس علم النفس العيادي، دراسة التكفل النفسي بالمدمن على المخدرات، جامعة وهران 2004/2003

2- بالخروبي معمر- خماس سهام، أثر الذهانات الشيخوخة على نفسية المسنين، مذكرة تخرج لنيل شهادة ليسانس علم النفس العيادي، السنة الجامعية 2003/2002

3- بن سنونة يمينة، مذكرة تخرج لنيل شهادة ليسانس في علم النفس العيادي، أثر الانفعالات والإضطرابات النفسية على المصاب بداء القلب، جامعة وهران 2000

***الملاحق**

الفصل الثالث

أمراض الشيخوخة

-تمهيد

1)- الأمراض العضوية

1- ضعف الحواس

2- تخلخل العظام

3- إلتهابات القصبة الهوائية

4- تصلب الشرايين

5- ضغط الدم

6- ذوبان المادة الكلسية في العظام

7- أثر مادة الغراء في تقدم العمر

8- الداء السكري

9- السرطان

2)- الأمراض النفسية

1- الإكتئاب

2- الوسواس القهري

3- القلق

4- البرانويا المتأخرة

3)- الأمراض العقلية

1- الزهايمر

2- بركسون

3- مرض بيك

4- عته ما قبل الشيخوخة

5- عته الشيخوخة

6- تصلب شرايين المخ

7- ذهان الشيخوخة

8- فصام الشيخوخة

ـ خلاصة الفصل

الخاتمة

لقد أردنا بهذا البحث عرض طبيعة التكفل النفسي بالمسنين في المؤسسة وطرق هذا التكفل وبذلك توصلنا إلى نتيجة بحثنا حول التكفل النفسي للمسن داخل مركز العجزة، فلاحظنا أن المسن بحاجة ماسة إلى الرعاية والمتابعة الطبية والنفسية والاجتماعية نظرا لما يمر به من تغيرات في أعضاء الجسم ومن مضاعفات صحية كنقص قدرة الإبصار والسمع وحدوث تغيرات في الحالة النفسية والذهنية والتي يحتاج فيها المسن إلى تكفل طبي من خلال الرعاية الطبية وتوفير الأدوية اللازمة للتخفيف من آلامه الجسمية وأشد صعوبة هي الحالة النفسية والذهنية وما يطرأ عليها من مضاعفات على نفسية المسن، كالعزلة التي يعاني منها وهو داخل المركز لذلك يحتاج إلى تكفل النفسي بتدخل الأخصائي النفساني فهو الذي يستطيع أن يستمع ويتفهم ويهتم لمشاكل المسن ويخفف ولو قليلا من حالات الانفعال والتوتر والمعانات والآلام الجسدية وحالات اليأس والفراغ الذي يعيشه المسن .

وأردت أن أوضح ما شاهدته في المجال الميداني المتمثل في توفر الرعاية الطبية من خلال المراقبة والمتابعة الطبية من طرف الفريق الطبي ،في حين أن الرعاية النفسية نسبية وهذا يعود إلى رفض المسن فكرة الخضوع لعلاج نفسي،مما يزيد في تدهور صحته وحالته النفسية بزيادة شعوره باليأس والضعف.