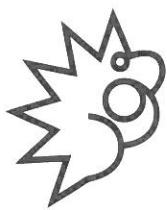


كِبَرْنَا أَسْلُوبَ حِيَاةٍ

دليل المرأة العربية



نور - جمعية المرأة العربية



نور - جمعية المرأة العربية

الطبعة الأولى سنة ٢٠٠٩ - حقوق النشر محفوظة

نخص بالشكر كل السيدات اللواتي شاركن في مجموعات النقاش للإختبار الميداني لهذا الكتاب

كِبَرُّنَا أسلوب حياة

دليل المرأة العربية

تأليف

الدكتورة نادية عبد الوهاب العفيفي

رئيس قسم صحة كبار السن بمستشفى فلسطين بالقاهرة
عضو مؤسس لمركز دراسات المرأة الجديدة بالقاهرة
عضو مجلس ادارة جمعية الزهيم مصر
عضو مؤسس لجمعية التنمية الصحية والبيئة بالقاهرة

mwrc@mwcegypt.org

melafifi@yahoo.com

Office phone: 0020222909008

Fax: 0020222914139

مراجعة وتنقيح وإضافة

المهندس عزام حوري

مدير مستشفى دار العجزة الإسلامية في بيروت
عضو الهيئة الوطنية الدائمة لشؤون كبار السن في لبنان
أمين سر الصندوق الوطني للتعاضد الصحي في لبنان
عضو هيئة تحرير مجلة الصحة والإنسان
ناشط في المجال الصحي الاجتماعي
ahouri@dar-ajaza-islamia.org.lb

اللجنة الإستشارية

■ الدكتورة عبلة محيو السباعي

أستاذة مشاركة ورئيسة قسم علم الوبائيات والسكان
رئيسة نور - جمعية المرأة العربية
رئيسة مركز الدراسات لكتاب السن في لبنان
الجامعة الأمريكية في بيروت - بيروت - لبنان
هاتف: ٠٠٩٦١ - ١ - ٣٥٠٠٠٠
٤٦٤٧ مقسم:
فاكس: ٠٠٩٦١ - ١ - ٧٤٤٧٠

■ الدكتورة ثريا عريسي

أستاذة مشاركة قسم الأمراض الداخلية - أمراض الروماتيزم والشيخوخة
مستشفى الجامعة الأمريكية في بيروت - بيروت - لبنان
هاتف: ٠٠٩٦١ - ١ - ٣٥٠٠٠٠
٥٨٠٠ مقسم:
فاكس: ٠٠٩٦١ - ١ - ٣٧٠٢٣٤

■ الدكتورة نهلا حولا

أستاذة وعميدة كلية العلوم الزراعية والغذائية
الجامعة الأمريكية في بيروت - بيروت - لبنان
هاتف: ٠٠٩٦١ - ١ - ٣٥٠٠٠٠
٤٥٤٠ مقسم:
فاكس: ٠٠٩٦١ - ١ - ٧٤٤٦٠

■ السيدة هيا م قاعي

أستاذة ومديرة مركز الصحة العائلية والمجتمعية
جامعة القديس يوسف - بيروت - لبنان
هاتف وفاكس: ٠٠٩٦١ - ٦٦١٠٣٦ - ١ - ٦٦١٠٣٦

المجموعة القارئة

المؤسسات والجمعيات الأهلية غير الحكومية (لبنان)

مأوى العجزة الماروني (عين الرمانة)

بيتنا (الشوير)

دار الكرامة (تلة الخياط)

دار السلام (صيدا)

مؤسسة هملين (حمانا)

أوزانام (البترون)

المجموعة الإقليمية

ليندا قردن (الأردن)

رندا ربحي حمادة (البحرين)

أ. د. آمال صادق (مصر)

ماجدة علي (السودان)

الإشراف على الكتاب

علبة محيو السباعي

ميادة كنج

هيام قاعي

هند المصري

تنسيق

ماجي غانم

فرح بربير

الفهرس

٧	—	مقدمة
٩	—	الفصل الأول: الشيخوخة وأنظمة دعم المسنين
٢١	—	الفصل الثاني: التغيرات الفسيولوجية والمشكلات الشائعة
٥٩	—	الفصل الثالث: الوقاية من الأمراض والتعامل معها
٨٧	—	الفصل الرابع: الصحة النفسية للمسنين
١٠٥	—	الفصل الخامس: الإعمار أسلوب حياة
١٢٧	—	الفصل السادس: نحو اعمار ناجح

مقدمة

الكبر السن / الشيخوخة / الإعمار مرحلة يمر بها الرجال والنساء. وينبغي علينا أن نحضر أنفسنا لها بالشكل الذي يسمح لنا أن نعيشها في أفضل حال جسدياً ونفسياً وأن نحافظ على استقلاليتنا ونبقي قادرين على التفاعل مع مجتمعاتنا. لقد عرفت منظمة الصحة العالمية الصحة بأنها «حالة من الرفاه البدني والعقلي والاجتماعي» ولكن هذا التعريف غير مستقر تماماً بالأذهان حيث أن الصحة عند الكثيرين هنا هي خلونا من الأمراض فقط.

أنتا تتحدث في هذا الكتاب عن الصحة بمفهومها الإيجابي الشامل المسبق. لا تستعرض الجديد في طب المسنين ولكن المشكلات الحياتية التي قد نعاني منها في إعمارنا ونحاول أن نتعرض لبعض أساليب الوقاية وكيفية التعامل مع المشكلات حال حدوثها. ولأننا تحدث عن الصحة وليس عن الأمراض لذلك سنأتي الضوء على الخبرات البشرية اللاطبية في التعامل مع هذه المشكلات. ورغم ازدياد معدلات الأمراض عند كبار السن إلا أن المرض والعجز ليسا ظاهرة مرتبطة بالإعمار حتماً. ويمكننا أن نعيششيخوخة ناجحة لو أحسنا الإستعداد لهذه الفترة منذ شبابنا المبكر.

من يتوجه هذا الكتاب؟

رغم أننا تحدث عن صحة المسنين بشكل عام إلا إننا نشدد على قضايا النساء الصحية كشريحة خاصة داخل هذه المرحلة العمرية. إن المظاهر البيولوجية لكبر السن تتقارب لدى الجنسين، إلا أن هناك اختلافات بينهما يرجع بعضها للتوقعات والأدوار التي يرسمها المجتمع لكل منهما. ولا يمكننا كنساء أن ننكر القلق الذي يملكونا ونحن نلاحظ خطوط الزمن على وجوهنا وأجسامنا. وبينما يباهى الرجال بوقار الشيب، نهرع نحن لإخفائه قبل أن يلحظ. إننا نحتاج لإعادة التفكير في أنفسنا ليس ك أجساد خالدة الجمال ولكن كائنات لها عقول وأرواح وأجساد نشطة قادرة على العطاء والأخذ، وإضافة الكثير من البهجة لأنفسنا وللآخرين خلال تفاعلنا معاً في كل مراحل عمرنا.

إن متوسط عمر النساء أعلى من عمر الرجال في العالم أجمع؛ والمتوقع أن يقضين أعواماً مديدة في هذه المرحلة العمرية. والكثيرات منا اللواتي قضين صباحهن في كد ونشاط ورعاية لأفراد أسرهن، يرغبن أن يعشن مستقلات، وألا يكن عالة على أحد. علينا إذاً التزود بكل النصائح والتدابير الوقائية التي تبقينا في أفضل صحة. علينا أيضاً أن نحاول توفير الموارد

التي تحتاجها لعيش هذه المرحلة من العمر بأمان. إننا نطلق دعوة لتغيير أفكارنا كنساء حول الإعمار إذ نطمح أن يستمر نشاطنا وعافيتنا حتى نهاية عمرنا.

إن رعاية المسنين غير القادرين أو المرضى – إناثاً وذكوراً – هي مهمة مازالت ملقة على عاتق النساء الأساسية سواء في الأسرة حيث تفرض علينا قيمنا الاجتماعية أن تقوم الزوجة، الإبنة، الأخ، أو زوجة الإبن بهذا العمل، أو في المهن الطبية والاجتماعية حيث تشغله النساء الوظائف التمريضية والرعاية في الغالب. أثناء قيامنا بهذا الدور نحتاج أن نعرف ماذا نواجه من مشكلات، وكيف يمكننا التعامل معها، وكيف نساعد المسنين الذين نرعاهم أن يعيشوا حياة نشطة متفاعلة رغم أي قصور أو نقص في قواهم الجسدية أو العقلية. كما إننا كراعيات للمسنين نحتاج أيضاً أن نعرف كيف نحمي أنفسنا من الإجهاد الذي ينتج من عبء الرعاية لمستطاع الإستمرار في حياتنا وفي مهمتنا النبيلة بكفاءة.

قد يبدو الكتاب للبعض منا متشائماً للوهلة الأولى حيث نذكر العديد من المشكلات والأمراض التي قد تحدث للمسنين. ولكن التفاؤل لا ينتج من إنكار المشكلات بل من فهمها ومعرفة كيف نتخطاها أيضاً من خلال إكتشاف الجوانب الإيجابية التي ترتبط بهذه المرحلة العمرية بكل مراحل العمر الأخرى.

إننا نسعى في هذا الكتاب لفهم القضايا المرتبطة بالإعمار، وكيف يمكننا التمتع بصحة جيدة في إعمارنا وتقليل الآثار التي يحدثها الزمن على أجسادنا ونفوسنا وكيف نستمر في التكيف مع مجتمعاتنا والتفاعل مع كل محيطنا. إننا نحتاج لتغيير مفاهيمنا السلبية الناتجة عن القلق وعدم الثقة بالمستقبل وبالعالم المحيط بنا، ولن يحدث هذا التغيير إلا من خلال فهم قضية الشيخوخة وإتخاذ الترتيبات المناسبة حتى لا تقل فاعليتنا مع تقدم العمر.

المهندس عزام حوري

الدكتورة نادية عبد الوهاب العفيفي

محتويات الفصل الأول

١٠	تعريف مصطلح «مسن» والألفاظ ذات الصلة به
١٠	١- في اللغة
١١	٢- في المفاهيم الشعبية
١١	٣- مفاهيم أخرى متعارف عليها دولياً
١١	٤- تعريفات تتعلق بالمؤسسات ودور الرعاية
١٢	٥- تعريفات تتعلق بالعلاج والمعاملة
١٢	٦- رعاية المسنين تطرح علينا تحديات جديدة
١٣	٧- الإعمار السكاني
١٤	٨- الاختلاف داخل شريحة المسنين
١٤	٩- أسباب الاختلاف داخل شريحة المسنين
١٥	١٠- أنظمة دعم المسنين
١٦	١١- أنظمة دعم المسنين في بلادنا
١٦	١- الدعم الرسمي للمسنين
١٦	أ. الدعم الحكومي
١٨	ب. دور القطاع الأهلي
١٩	٢- الدعم العائلي للمسنين
٢١	٣- المؤسسات الصحية والإجتماعية المتعاملة مع المسنين
٢١	أ. المؤسسات الصحية
٢٣	ب. المؤسسات الإجتماعية
٢٣	(١) دور المسنين
٢٥	(٢) نوادي المسنين
٢٧	٤- التمييز ضد المسنين والتمييز ضد المرأة المسنة
٢٧	٥- أشكال التمييز ضد المسنين
٢٨	٦- التمييز ضد المرأة المسنة

تعريف مصطلح «مسن» والالفاظ ذات الصلة به

كبير السن ومسن كلمتان اعتدنا على سماعهما كلما تحدثنا عن شخص تجاوز مرحلة عمرية متقدمة مع الأخذ في الإعتبار ثقافة المجتمع ونظرته إلى هذا المسن أو إلى هذه الشريحة العمرية ومن مفهوم الإعمار في المجتمع. فيصفه البعض بصفات إيجابية بينما يصفه البعض الآخر بصفات سلبية، ويعود ذلك إلى طبيعة العلاقة التي تربط هذه الشريحة بمجتمعها إيجاباً أو سلباً ومدى تفاعلها معه. فيرى البعض أن المسن/ المسنة شخص انتهت مهامه في المجتمع ويراه عبئاً عليه، بينما يرى البعض الآخر عكس ذلك تماماً فيعتبره قادراً على متابعة العطاء وتقديم المشورة والخبرة والمعرفة. وهذا ما تعكسه ثقافة المجتمع نفسه وطاقاته الإقتصادية ورعايته الصحية.

في الدول المتقدمة تم تغيير عبارة Old بمعنى «القديم» إلى عبارة المواطن الأكبر سناً (Senior Citizen) بهدف إعطاء كبار السن صفة إيجابية وحصانة إجتماعية.

من هو المسن؟

هناك تسميات لغوية فصيحة وتسميات شعبية لكبار السن نستخدمها في المجتمعات العربية لنصف المسن ونذكر منها:

١- في اللغة

- **المسن:** من علت سنّه أو من كبرت سنّه وطال عمره.
- **كبير السن:** أيضاً بمعنى المسن.
- **العجوز:** الطاعن في السن وتأتي بمعنى كبير السن.
- **العجز:** من ذهبت قوته دون النظر إلى سنّه إن كان طفلاً أو شاباً أو كهلاً أو عجوزاً.
- **الكهل:** من خطه الشيب وراوحت سنّه بين الأربعين والرابعة والستين.
- **الشيخ:** من أدرك الشيخوخة وإنتهى شبابه وظهر عليه الشيب وهو فوق الكهل ودون الهرم. كما يطلق هذا اللفظ على أهل المكانة من علم وفضل ورياسة مثل شيخ البلد /شيخ القبيلة.
- **الهرم:** من بلغ أقصى العمر.
- **المعمر:** هو من عمره الإله في الأرض وأطوال عمره عن أقرانه.

٢- في المفاهيم الشعبية

- الشائب أو الشايب: ذو الشعر الأبيض وليس بالضرورة كبير في السن.
- الختيار: بمعنى كبير السن.
- الكهل: إكتسب هذا اللفظ في الوجدان الشعبي معنى الطاعن في السن الشديد الضعف.

٣- مفاهيم أخرى متعارف عليها دولياً

- مسن عجوز (مسن العمر الثالث): شخص أتم الرابعة والستين ولا يزال محظوظاً بقدراته الجسدية والعقلية وقدر على إدارة شؤونه اليومية بإستقلالية تامة.
- مسن عاجز (مسن العمر الرابع): شخص أتم الرابعة والستين وقد بعضاً من قدراته الجسدية أو العقلية أو الإثنين وغير قادر على خدمة نفسه بنفسه دون مساعدة أو مساندة من الآخرين.
إذن نحن أمام عدد من التعريفات التي نستخدمها في مجتمعنا لوصف الإعمار وما تعبير العمر الذهبي إلا واحدة من الطرق والوسائل التي سعى إليها البعض لإيجاد وصف جديد يعبر بطريقة إيجابية ومتفائلة عن هذه الشريحة العمرية وعن الآفاق الجديدة التي يمكن أن تنفتح أمامها نظراً لتوفر الوقت والخبرة لديهم.

٤- تعريفات تتعلق بالمؤسسات ودور الرعاية

- دار المسنين أو دار لكبار السن: مؤسسة لرعاية المسنين المستقلين القادرين على خدمة أنفسهم والمقيمين فيها وتقدم خدمات رعائية وإجتماعية وترفيهية.
- دار العجزة (أقسام الرعاية الطبية الممتدة للمسنين): مؤسسة لرعاية المسنين العاجزين غير المستقلين المقimين فيها. تقدم الرعاية الصحية أولاً على أنواعها ثم الرعاية الإجتماعية وكذلك الترفيهية. أما تسمية مأوى العجزة فهي تسمية استخدمت في السابق للتعبير عن دار للعجزة أو للمسنين وكان لها الواقع السئ عند المسن ولدى المؤسسة والمجتمع. وقد توجه العديد من المؤسسات إلى استخدام تسميات أخرى أكثر ملائمة ذكر منها: دار الكرامة، دار السلام، العمر المديد، العمر الطويل وغيرها من الأسماء المحببة.
- مركز نهاري لكبار السن أو نادي لكبار السن: مؤسسة ترعى كبار السن المستقلين غير المقimين فيها في الفترة النهارية فقط وتقدم برامج ترفيهية وإجتماعية.

- مركز إعادة تأهيل لكبار السن: مؤسسة تستقبل كبار السن المقيمين والوافدين وتقدم لهم خدمات ومساعدات علاجية تأهيلية جسدية كالعلاج الفيزيائي والإنشغالي (العلاج بالعمل) وال النفسي والإجتماعي وغيرها.
- دار النقاوه: مؤسسة للمسنين القادرين مادياً، للحصول على خدمات مشابهة لتلك التي تقدم في دار المسن وتتميز عنها بخدمات ترفيهية ورياضية إضافية مدفوعة.
- مؤسسة الخدمة الصحية المنزلية: مؤسسة صحية تقدم خدماتها لكبار السن في المنزل وهي خدمات طبية أو تمريضية أو خدمات علاج فيزيائي (طبيعي) أو وجبة طعام أو إعارة معينات طبية على أن يبقى كبير السن في منزله.

٥- تعريفات تتعلق بالعلاج والمعاملة

- طب الشيخوخة: هو اختصاص طبي، يهتم بحاجات المسنين المتشعبه، طبياً ونفسياً وإجتماعياً. وهذا اختصاص يهتم بمرحلة عمرية يكون فيها الإنسان أكثر عرضة للأمراض والمشاكل الصحية وهو حديث العهد في البلاد العربية.
- فريق العمل مع المسن: للعمل مع المسنين يد عاملة متخصصة، على صعيد الرعاية والدعم والمساندة (طبيب، ممرض، مساعد إجتماعي، علاج فيزيائي ومعالج بالعمل - العلاج الإنشغالى... إلخ).
- الرعاية الملطفة: تقديم خدمات رقيقة ورقيقة تخفف آلام كبير السن في الفترة العلاجية المتأخرة والحرجة في حياة المسن قبل وفاته.

رعاية المسنين تطرح علينا تحديات جديدة

يصعب علينا وضع تعريف أو توصيف محدد لكبار السن بسبب التنوع الكبير في عملية التشيخ أو الإعمار وتأثيرها بالعوامل البيولوجية والبيئية المختلفة. ولو نظرنا إلى منظمة الأمم المتحدة لوجدنا اختلافات في وجهات النظر حول تحديد هذه القضية. ففي حين اعتمدت منظمة الصحة العالمية سن الخامسة والستين كبداية لإعتبار الإنسان مسنًا اعتبرت منظمات دولية أخرى سن الستين هو سن بدء الشيخوخة.

ويرتبط تحديد كبر السن، في معظم البلدان، بسن التقاعد مع أن موضوع التقاعد لا يرتبط حكماً بالشيخوخة أو بسن محددة فهناك تفاوت بين البلدان في تحديد سن التقاعد. فبعض الدول حدّدت سنًا محددة للتقاعد في الوقت الذي تركت دول أخرى للإنسان أن يعمل طالما هو قادر على العمل.

إن رحلة الشيخوخة تبدأ مع الولادة وتبدأ مظاهرها في العقد الخامس من العمر وتنتفاوت هذه المظاهر من إنسان إلى آخر. كذلك فإن قدرات الإنسان العقلية والذهنية والجسدية تتغير تبعاً لطريقة حياة الإنسان نفسه بإتباعه نظاماً حياتياً سليماً من الناحية الجسدية والنفسية أو بإتباعه نمطاً حياتياً غير منظم فينعكس سلباً على إعماره وشيخوخته.

وعليه يمكن تقسيم مراحل الشيخوخة إلى:

- مرحلة الشيخوخة الأولى ما بين سن ٦٥ سنة إلى ٧٥ سنة.
- مرحلة الشيخوخة المتوسطة من سن ٧٥ سنة إلى ٨٥ سنة.
- مرحلة الشيخوخة المتأخرة من سن ٨٥ سنة إلى ما فوق ذلك.

ويساعد هذا التقسيم الإجرائي على تحديد نسبة هذه الشرائح في المجتمع لتوجيه تلبية الاحتياجات المناسبة لكل شريحة منها.

ولا بد من الإشارة هنا إلى أنه يمكن للإنسان في مراحل الشيخوخة أن يبقى مستقلاً ومتمراضاً بقواه الجسدية والعقلية والذهنية حتى لو بلغ أقصى العمر وهذا ما ندعوه بالعمر الثالث أما وفي حال فقدانه بعضاً من هذه القدرات فندعوه مسن العمر الرابع أي فاقد الإستقلالية.

الإعمار السكاني

يشهد العالم ظاهرة تتمثل بتزايد شريحة المسنين بشكل مطرد يقابلها تناقص في شريحة الأطفال نتيجة لتراجع الولادات وإنخفاض نسبة الخصوبة.

وفي نظرة إلى دول العالم وإلى تغييرات شرائح المجتمع فيها نجد أن لدى بعض الدول المتقدمة نسبة عالية من المسنين تصل في بعضها إلى حدود ٢٠٪ من عدد السكان كالإيابان وإيطاليا مع توقعات أن ترتفع إلى ما يقارب ٣٠٪ مع حلول منتصف هذا القرن.

أما في بلدان الشرق الأوسط فتبعد نسبة المسنين فوق ٦٠ سنة حوالي ٦٪ في شمال أفريقيا، وحوالي ٧٪ في المناطق العربية في غرب آسيا. ومن المتوقع أن ترتفع هذه النسبة إلى حدود ١٤ أو ١٥٪ مع حلول العام ٢٠٥٠. وهذا يدل أن هناك ارتفاعاً في توقع طول العمر عند الولادة

لكل الجنسين الذكور والإإناث في الوقت الذي تزيد أعمار النساء عن أقرانهم الرجال بأكثر من ثلاثة سنوات في الغالبية العظمى من الدول العربية حالياً.

إذن هناك تحديات جديدة تفرض نفسها علينا في مواجهة تزايد عدد هذه الشريحة من شرائح المجتمع وفي تحديد إحتياجاتها وكيفية تلبيتها للمحافظة على إمكانية العيش حياة منتجة وكريمة وتمكنها من التكيف مع متطلبات الحياة الصحية والاجتماعية والاقتصادية والأسرية.

إذن على المجتمع بشخص المعنيين به أن يضعوا السياسات والخطط والبرامج الوطنية لدعم هذه الشريحة من الناس وحمايتهم.

الاختلاف داخل شريحة المسنين

جرت العادة على تقسيم البشر إلى مجموعات فهناك الرجال والنساء، السود والبيض، الأطفال الشباب الكهول والمسنين ... إلخ. ويكون التعامل مع كل مجموعة على أساس أن جميع الأفراد فيها متجانسون وقد تناولت الدراسات الحديثة هذا الأمر بالنقد إذ نجد فروقاً عديدة بين أفراد كل مجموعة وعلى سبيل المثال: داخل مجموعة النساء هناك الفقيرات والثريات، المتعلمات والأميّات، الزوجات والعازبات. فلا يمكن للمرء أن يحصي حجم الفروق داخل كل مجموعة أو شريحة بشرية.

حين نتحدث عن مجموعة أو شريحة المسنين تزداد هذه الحقيقة وضوحاً فكلما كبر الإنسان أكثر تراجعت إمكانية تشابهه مع إنسان آخر. إن احتمال أن تتشابه امرأة فوق السبعين من العمر مع إمرأة أخرى جسدياً أو عقلياً أو ذهنياً وحتى روحياً هي أقل بكثير من احتمال تشابه إمرأتين في سن الثلائين.

أسباب الاختلاف داخل شريحة المسنين

تعرف الشيخوخة بأنها مجموع المتغيرات الفيزيولوجية غير القابلة للرجوع والتي تحدث في الجسم نتيجة تقدم العمر وتستمر بصفة تصاعدية. ومن الأمور المقبولة علمياً الآن أن الشيخوخة تحدث نتيجة تفاعل عدة عوامل معقدة تحتل العوامل الجينية أو الوراثية حوالي ٣٥٪ منها في حين تحتل العوامل البيئية والبيولوجية الأخرى الجزء الأكبر منها. ينتج عن

تفاعل هذه العوامل فيينا نمط خاص وفريد من الإعمار على المستوى الجسدي الفيزيولوجي ويزداد الأمر تعقيداً عند الحديث عن النمو والإعمار العقلي وال النفسي والروحي، إذ يزداد عدد العوامل التي تشكل وجдан كل منا على مدى سنوات عمره مما يعكس ندرة في تشابه إثنين من المسنين سواء على المستوى الجسدي أو النفسي والعقلي.

وكما يحدث الاختلاف بين إثنين من المسنين يحدث أيضاً اختلاف في إعمار أعضاء جسم المسن نفسه. فأنظمة الجسم المختلفة لا تشيخ بنفس المعدل، قد نجد مسننا يتمتع بصحة جسدية ممتازة لكنه يعاني من إضطرابات أو مشاكل عقلية في حين نجد مسننا آخر لا زال يتمتع بقواه العقلية والذهنية إلا أنه يعاني من مشاكل جسدية في بعض أو كل أعضاء جسده. ومن المؤكد أن هناك مسنون يتمتعون بكامل اللياقة الجسدية والعقلية معاً رغم بلوغهم مرحلة الشيخوخة المتأخرة، مما يضيف مزيداً من الاختلاف داخل هذه الشريحة العمرية.

يحمل المسنون على أجسادهم وعقولهم وأرواحهم بصمات زمن طويل وتجارب مختلفة، رغم ما قد يبدو على بعضهم من علامات ضعف إلا أنهم أناس صمدوا أمام عناد الحياة واستطاعوا مواجهتها والإستمرار فيها. ولابد للمتعامل / للمتعاملة مع المسن/المسنة من أن يدرك نفسه على رؤية موقع القوة خلف الضعف الظاهر ويساهم في إبرازها، وأن يعلم أن التعامل مع إنسان مسن فريد ومختلف يحتاج لذكاء وتفهم، وأن يتحسس متطلباته وأن يستمتع بالتواصل معه. أما الأهم من ذلك كله عليه أن يولى هذا الإنسان الفريد في تركيبته ما يستحق من� إحترام وتوقير وأن نجتهد في العمل في الدرجة الأولى لتمكين المسنين من القيام بشؤون حياتهم اليومية إضافة إلى إمكانية ضبط بيئتهم لتتلاءم مع متطلباتهم.

أنظمة دعم المسنين

في ظل زيادة معدلات الأعمار في العالم كله تحل قضية وجود أنظمة اجتماعية عالية الكفاءة وقليلة التكاليف أهمية خاصة.

لسنوات عديدة خلت ظلت بلادنا لا تعنى بهذه القضايا، ولأسباب عدّة منها:

- أولاً: وجود أنظمة اجتماعية تعتمد أساساً على الدعم الذي تقدمه العائلة أو المجتمع الأصغر المحيط بالمسنين خصوصاً في القرى أو وسط العشيرة في النظم القبلية.
- ثانياً: الإعتماد على الدور التقليدي للنساء داخل الأسرة كراعيات لصحة ورفاهية أفرادها الذين يحتاجون للدعم والرعاية ومن بينهم المسنين.

تغيرت العديد من هذه العوامل نتيجة التغيرات التي حدثت في الصحة والطبيعة السكانية في العصر الحديث من إنخفاض نسبة الخصوبة إلى دخول المرأة معرك الحياة العملية وإرتفاع معدل الهجرة عند الشباب والتي أدت إلى تقليل فرص حصول المسنين على الرعاية الأسرية. وعلينا جميعاً أن نفكر في أساليب لمواجهة احتياجاتنا كمسنين في المستقبل. تقع هذه المواجهة على عاتقنا كأفراد وعلى عاتق مؤسسات الدولة والهيئات الأهلية.

نوضح فيما يلي الخدمات التي تقدم للمسنين في بلادنا على أمل اكتشاف أوجه القصور والنقص فيها في محاولة لتحسينها. إن الصغط للتغيير يقع على عاتقنا جميعاً في عالم يتوجه إلى الأعمار نحن فيه إما مسنون أو نتحضر لفترةشيخوختنا المقبلة التي نرجو جميعاً أن تكون آمنة ومنتجة.

أنظمة دعم المسنين في بلادنا

١. الدعم الرسمي سواء حكومي أو من منظمات أهلية تطوعية
٢. الدعم العائلي للمسنين
٣. المؤسسات الصحية والإجتماعية المتعاملة مع المسنين

١. الدعم الرسمي للمسنين

أ - الدعم الحكومي:

تدل التقارير الرسمية على تبني العديد من الدول العربية لإستراتيجيات للعناية بكبار السن التي تتمثل في كثير من الأحيان في تشكيل لجان أو مكاتب في وزارات الشؤون الاجتماعية بهدف وضع سياسات لدعم المسنين وعادة لا تعطى هذه اللجان والمكاتب أي صلاحيات لتطبيق سياساتها ويبقى عملها إستشارياً.

وتمثل معاشات التقاعد التي تعطى للموظفين السابقين في الدولة والقطاع الرسمي أهم دعم تقدمه الدول للمسنين بينما يحرم العاملون في القطاعات غير الرسمية وأغلبهم من النساء عادة من هذا الدعم ليشكلوا قطاعاً معرضًا للمعاناة الإجتماعية الشديدة في هذه المرحلة.

العمرية الحرجية. لقد أوضحت إحدى الدراسات المسحية التي أجريت في الأردن^(١) أن مصدر الدخل الأساسي للمسنين في هذه الدراسة كان مكوناً من الأبناء ٤١٪ مقارنة ب ٣٦,٢٪ من المعاشات والضمائن الاجتماعي.

يتمتع المسنون الذين سبق لهم العمل في القطاع الرسمي في دولهم بتغطية خدمة التأمين الصحي أيضاً كما هو الوضع في مصر ولبنان ودول عربية أخرى. وقد تستفيد هذه المجموعة أيضاً من تخفيضات على تعرفة المواصلات أو رسوم دخول الأسواق والمعارض. علماً أن بعض الدول تقدم معاش شيخوخة للمسنين الذين لا يحصلون على معاش تقاعد ولكن المبلغ المدفوع يكون عادة هزيل جداً. ومن المخجل أن نذكر أن معاش الشيخوخة الشهري في مصر مثلاً يكفي بالكاد لشراء اثنين كيلو من اللحم، مقارنة بمعاش الشيفوخة في إنجلترا والذي يؤمن حوالي ٥٠٪ من الدخل اللازم لإعاشه المسن شهرياً.

تهتم بعض الدول العربية بإنشاء دور المسنين ودعمها بدرجات تسمح لها بتقديم خدماتها للمسنين بأسعار في متناول اليد. تدل نسبة إشغال هذه الدور في معظم البلدان إلى أنها أصبحت أحد البديل الضروري، في بعض الظروف الخاصة، عن الوحدة أو المسكن الذي لا تتوفّر فيه مقتنيات الأمان.

تشمل المعونات الحكومية في بعض البلدان العربية الأغنی الغذاء والدواء والمسكن ويمتد الدعم المالي لتوفير الأدوات المساعدة والتجهيزات للتغلب على العجز والإعاقة. كما أشارت تقارير المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية أيضاً لدور بعض المؤسسات الدينية مثل المساجد في توفير دعم مالي للمسنين غير القادرين وأشارت بالتحديد إلى التجربة العراقية في هذا المجال، كما أشارت نفس التقارير بجهود الجمعيات التطوعية في لبنان في توفير وجبات غذائية وأدوية للمسنين غير القادرين. وقد أكدت هذه التقارير عدم إمتلاك أي من بلدان إقليم الشرق الأوسط سياسة وطنية شاملة لصالح العناية بالمسنين فيها نظراً لعدم وجود لجان أو هيئات فاعلة لكتاب السن. وقد شرعت بعض الدول العربية إلى إنشائها وفي لبنان تم تشكيل «الهيئة الوطنية الدائمة لشؤون كبار السن».

نلمس مما سبق، ضرورة تطوير التشريعات والسياسات الخاصة بالمسنين في دولنا وتخصيص موارد تتيح تطبيق هذه السياسات لمواجهة ظاهرة إرتفاع معدلات الأعمار وما تطرحه علينا من تحديات. إن الضغط على الحكومات لتحقيق هذا هو مهمّة يمكن أن يقوم بها المجتمع المدني والجمعيات الأهلية وكل المهتمين بحقوق الإنسان بشكل عام.

ب - دور القطاع الأهلي:

تقوم المنظمات غير الحكومية بدور متزايد لدعم المسنين في كثير من بلدان المنطقة العربية، فيتراوح هذا الدور بين الضغط من أجل تبني سياسة وطنية شاملة لرعاية المسنين وبين تقديم خدمات محددة لهذه الشريحة وتقوم بعض الجمعيات بالتوجه لرفع الوعي حول مشاكل الفئات الخاصة داخل هذه الشريحة السكانية مثل المصابين بأمراض معينة، كما تقوم جمعيات أخرى بإدارة دور للمسنين أو تقديم رعاية تمريضية منزلية وتنظيم نشاطات وجمعيات تضم المسنين في مجتمعات بعينها. يشارك المسنون في عضوية وإدارة بعضاً من هذه الجمعيات مما يعطيها زخماً خاصاً. ففعل تنظيم المسنون لأنفسهم داخل الجمعيات يساعدهم على تحديد إحتياجاتهم ووضعها على الأجندة الاجتماعية والدفاع عنها.

نماذج من أنشطة الجمعيات الأهلية

- جمعيات رعاية مرضى الألزهايمر

تأخذ هذه الجمعيات على عاتقها مهمة التعريف بالمرض ونسبة إنتشاره في بلادنا. كما تنظم الندوات التثقيفية لمقدمي الرعاية لمرضى الألزهايمر يحصلون من خلالها على المعلومات، ويمكنهم التعبير عن مشاكلهم وألامهم أثناء رعايتهم للمرضى ومساندة بعضهم البعض من خلال تبادل الخبرة، كما تتيح لهم الفرصة لرفع أصواتهم للمطالبة بمساندة إجتماعية أكبر تمكّنهم من أداء واجبهم بكفاءة.

- جمعيات المساعدة على شغل وقت الفراغ

يتم ذلك من خلال تنظيم رحلات جماعية ولقاءات منتظمة ثقافية وترفيهية ودينية وقد قدمت بعض الجمعيات نماذج لتشغيل المسنين كالتدريس في فصول محو الأمية أو المساعدة في تنظيم حركة المرور قرب المدارس لحماية التلاميذ من الخطر وغيرها من الأعمال.

- جمعيات تدريب للشباب على العمل كمرافقين مسنين

تقوم هذه الجمعيات بتدريب الراغبين في العمل من الشباب على التعامل مع الاحتياجات الإجتماعية والنفسية والصحية لكبار السن وتقوم بعض هذه الجمعيات بأداء وظيفة الوسيط بين المسنين والمرافقين ومتابعة أداء المرافقين لعملهم بكفاءة.

- جمعيات تدير دوراً للمسنين سواء القادرين أو غير القادرين على خدمة أنفسهم بأنفسهم

تتيح مشاركة بعض المسنين من المقيمين في تلك الدور في إدارة هذه الجمعيات إستجابة لإحتياجاتهم في أسلوب إدارة الدار ونظم الحياة بداخلها.

لقد صادفت خلال عملي، جمعية إختارت أسلوبها فريداً ومبدعاً لرعاية المسنين. تقوم هذه الجمعية بتسجيل المسنين الذين يعيشون بمفردهم وتنشئ علاقة معهم من خلال لقاءات أسبوعية جماعية ومن خلال توفير بعض الخدمات التي يحتاجونها. ويقوم المسؤولون عن الجمعية بالإتصال بهؤلاء المسنين هاتفياً وبشكل يومي. وفي حال لم يجب المسن على الهاتف يتوجه المسؤولون إلى منازلهم للتأكد من عدم وقوع حادث أو أي طارىء صحي لهم. ويتم الاتفاق معهم وبشكل مسبق حول الطريقة التي ستتبعها الجمعية لفتح ودخول المنزل في ظرف مماثل. وقد قامت هذه الجمعية بتحويل العديد من المسنين إلى المستشفيات في حالات صحية حرجة ومتابعتهم حتى تتحسن حالتهم ومن ثم عودتهم لحياتهم الطبيعية.

تشكل الجمعيات الأهلية دعماً حقيقياً للمسنين وأسرهم، لذا لابد من معرفة الجمعيات المتوفرة حولنا والإستفادة من خدماتها والسعى لتطويرها بحيث تلبي إحتياجات المسنين من خلال مشاركتهم الفعالة في أنشطتها.

٢. الدعم العائلي للمسنين

روى أحد المسنين القصة التالية:

«بعد تخرج إبني من الجامعة بخمس سنوات... وعدم تمكنه من إيجاد عمل يعيش منه... إستمر في طلب مصروفه الشخصي مني... ونظرًا لإزعاجه من هذا الوضع وضيق آفاق العمل... قرر السفر إلى الخارج لتأمين مستقبله ولتعويض ما تحملته عنه خلال فترة دراسته وما بعدها ولبناء مستقبله... وقد تمكن من إيجاد العمل المناسب... لقد مضى على سفره عشر سنوات... وبما أنني بعد عدة سنوات من إرسال بعض المال إلى كوني لم أعد أعمل وقد تقاعدت منذ سنوات... إن ما يسدده لي إلى جانب معاشي التقاعدي يكاد أن يفي لي بالمصروف خصوصاً وأن أمي مريضة وتحتاج إلى أدوية مزمنة... إلا أن إرسالي المال ليبدأ بالتراجع مع قراره بالزواج وتأسيس عائلته الخاصة به... وقد إنقطع عن إرسال المال لاحقاً... علمًا أنه يتتردد علينا بالزيارة كل سنتين لتفقد أحوالنا حاملاً لنا معه بعض الهدايا البسيطة... كنت أتمنى لو أنه يعمل هنا وأن يكون بجانبنا حتى لو لم يساهم معنا في تحمل بعض الأعباء المالية... فقربه إلى جانبينا يعطينا شعوراً بالإطمئنان».

تؤدي هجرة الأبناء إلى الخارج بهدف بناء مستقبلهم من جهة ودعم العائلة من جهة أخرى إلى نتائج إيجابية وسلبية في آن واحد. فهناك تباعد فكري وذهني بفعل التباعد الجسدي، «بعيد عن العين بعيد عن القلب»، مما يساهم في إضعاف فكرة التضامن العائلي والأسري. ويؤدي نجاح أو فشل الأبناء في الخارج إلى تحويل الأهل تبعة ذلك سلباً وإيجاباً في آن واحد.

تختلف نوعية وطبيعة الدعم العائلي المقدم والمطلوب لكبار السن حسب شريحتهم العمرية وحالتهم الصحية والذهنية والإجتماعية. فيما يتمتع أغلب المسنين قبل عمر السبعين عاماً بصحة جيدة ويكونوا قادرين رعاية أنفسهم بأنفسهم نجد أن العناية بالمجموعة الأكبر سناً لها طبيعة مختلفة من الرعاية. ليس من قبيل المبالغة القول بأن المجموعة الأولى من المسنين تتمتع عادة بأوضاع مميزة في بلداننا العربية. فالكثير من شيوخ القرى والقبائل ورجال السياسة ينتمون لهذه المجموعة ويساهمون في رسم السياسات العامة لبلادهم. كما تتمتع النساء من نفس هذه المجموعة بأوضاع مميزة داخل عائلاتهن وتعترف مجتمعاتهن بخبرتهن ورجاحة عقولهن. كما تحصد النساء في هذا العمر ثمرة إرتباطهن الوثيق بالأبناء، وحفظاهن على العلاقات الإنسانية العائلية بتمتعهن بدعم عاطفي مؤثر من الأبناء والأقارب.

يحتاج المسنون الأكبر سناً أو الذين تدهورت حالتهم الصحية والذهنية إلى نوع مختلف من الرعاية والدعم. وهنا نرصد تراجعاً للدعم العائلي كنتيجة للتغيرات الديمografية والإقتصادية والاجتماعية التي حدثت في العقود الأخيرة في بلادنا وعلى رأسها ذكر:

١. شح الموارد الاقتصادية الأسرية متراقة مع ارتفاع كلفة العلاج ومستلزماته.
٢. محدودية الطاقة البشرية المرتبطة بالعائلة كقلة عدد الأبناء خاصة الإناث منهم وإبعادهم بفعل الهجرة أو ظروف العمل الصعبة.
٣. عدم وجود أسلوب مناسب لتقاسم أعباء الرعاية بين الأبناء والأقارب.
٤. قلة المعلومات حول مشاكل كبار السن وكيفية مواجهتها.
٥. غياب الدعم الخارجي لتخفيف الضغوط على الرعاية من العائلة.

روت إحدى مقدمات الرعاية القصة التالية:

«كانت أمي تعيش في منزلها، وحدث أن أصيبت بمرض أقعدها عن الحركة. اقترح علي كل إخوتي وأخواتي إستضافتها في منزلي باعتباره الأنسب وكوني متزوجة من ابن خالتي وهو في منزلة إبنتها. ورغم شعوري أن هذا الحل كان واقعياً إلا أن زيارات إخوتي وأخواتي لي كانت تنتهي غالباً بمجموعة من الإنتقادات، مثل: لماذا هي شاحبة؟ هل تأكل جيداً؟ لماذا تبدو وكأنها لم تمطر شعرها منذ أسبوع؟»

تتكرر هذه الرواية بأشكال مختلفة وتعليقات الإخوة والأخوات تثبت حاجة هذه الأسر لتدخل ما لتوزيع عبء الرعاية على الأطراف بشكل عادل دون المساس بتلبية حاجة الأم للرعاية من قبلهم جميعاً.

للوصول إلى رعاية المسنين بكفاءة داخل العائلة يفرض علينا التفكير في هذه القضية بعينية وإعادة النظر بصرامة وحسم في ترتيب الأولويات الخاصة بها كالمال واستخدام الوقت وتقسيم أعباء الرعاية بدرجة عادلة بين الأبناء وإستثمار كل الموارد المتاحة لدعم الأسر الراعية.

تحتاج الأسرة التي ترعى مسناً إلى التفكير في القضايا التالية:

١. إعادة تنظيم الموارد المالية للأسرة لتلبية الاحتياجات الجديدة والبحث عن إمكانيات الدعم الخارجي عند الحاجة.
٢. تحديد الأفراد الذين يستطيعون تقديم المساعدة من بين الأهل والأصدقاء والجيران للإستعانة بهم عند الضرورة.
٣. التعرف على المؤسسات الإجتماعية والرعاية والصحية المحيطة التي يمكنها المساعدة عند الحاجة إليها كالمؤسسات الإستشفائية، والتأهيلية، ومكاتب الإستشارة الأسرية والجمعيات الأهلية.
٤. إعادة النظر في تنظيم وقت ودراهم مقدمي الرعاية حسب الأولويات الجديدة.
٥. الحصول على المعلومات الممكنة حول الرعاية الأسرية وكيفية التعامل مع مشاكل الإعمار.
٦. اللجوء لطلب المساعدة الخارجية لحل المشكلات التي تحتاج للرعاية المتخصصة.

٣. المؤسسات الصحية والإجتماعية المتعاملة مع المسنين

يضطر بعض المسنين في فترات من حياتهم إلى التعامل أو اللجوء إلى مؤسسات صحية وإجتماعية مختلفة. ويحتاج هذا التعامل إلى معرفة هذه المؤسسات وخدماتها وأالية الإستفادة منها.

أ - المؤسسات الصحية

لا يسود نظام صحي واحد في بلادنا، بل تتعدد الأنظمة بين مؤسسات صحية حكومية وأخرى خاصة، أو أهلية. تقدم هذه المؤسسات خدمات بدءاً من العيادات الخارجية، التي تقدم الرعاية الصحية الأولية، وصولاً إلى الأقسام الداخلية في المستشفيات التي توفر خدمات طبية تشخيصية وعلاجية متقدمة.

ورغم ما يتيحه هذا التعدد والبدائل المختلفة المتوفرة من إتساع فرص الإختيار للمستهلك إلا أن تحديد الاختيار يكون مرتبًا بالقدرة المادية للمسنين والثقة التي يولونها لبعض هذه الأنظمة من خلال تعاملهم السابق معها. كما يؤدي تعدد هذه الأنظمة، وفي ظل غياب نظام دقيق للإحالات من أحدها إلى الآخر، إلى ضياع الجهد والمال دون حل جذري للمشكلات الصحية للمسنين.

«لم استجب لعلاج طببي الأول فنصحتني الصديقات بالذهاب إلى اختصاصي في أحد المستشفيات والذي طلب مني إجراء فحوصات متعددة ثم أعطاني علاجاً مختلفاً عن الأول إلا أن الحالة قد إستمرت».

ذهبت لطبيب ثالث الذي غير لي كل الأدوية ظهرت على أعراض جديدة. وحين راجعت طببي الأول لامني لعدم إستشارته وأعلموني أنني كنت بحاجة لتعديل جرعة الدواء الموصوف منه فقط».

عند سماعنا لهذه الرواية نلحظ عدم وجود نظام توجيهي للإحالات وقيام المرضى بإتخاذ قرارات عشوائية وانتقائية نتيجة لعدم ثقفهم بالنظام الصحي ورغبتهم بالحصول على نتائج سريعة قد تكون غير واقعية أحياناً. والحل الأمثل في هذه الحالة هو الإستمرار في المتابعة مع طبيب واحد يقوم هو بإحالتنا لاختصاصي آخر عند الحاجة، مع الإستمرار في متابعة التطورات مع الطبيب الأول.

ما هي المؤسسة الصحية التي يفضل أن يتوجه لها المسنون؟

يفضل أن يرتبط المسن بعيادة طبية تقدم له خدمات الرعاية الصحية الأولية وأن يعرفه الطبيب فيها معرفة جيدة. لقد أدخلت بعض البلدان العربية أطباء متخصصين في الطب العائلي أو طب الأسرة وهم يملون بالكثير من الخدمات الوقائية والعلاجية للمسنين. كما يمكنهم إحالة المسنين إلى طبيب متخصص آخر عند الضرورة. وقد ظهر مؤخراً في بعض البلدان العربية إختصاص طب الشيخوخة رغم أنه مازال في طور البداية من حيث إنتشاره وعدد المتخصصين فيه. ويتميز طبيب أمراض المسنين بتخصصه بأحوال المسنين النفسية والجسدية معاً وأمراضهم مما يتيح له التعامل بسلامة مع العديد من مشكلات المسنين الصحية. كما يحاول التعامل مع المشكلات المختلفة بالحد الأدنى من التدخل الدوائي آخذًا في الإعتبار العوامل البيئية والإجتماعية المحيطة بالمسن.

يقدم هؤلاء الأطباء في العيادة الطبية المعاينة الطبية، والخدمات الإرشادية والتعليمية ويعاونهم فريق متعدد الإختصاصات، ويكون لكل مريض ملف يحتوي على تاريخه المرضي وفحوصاته المعملية مما يوفر للطبيب القدرة على الإلمام بالحالة الصحية الشاملة للمريض مع إمكانية التدخل الرشيد لمساعدة المسن. وفي حال غياب هذا الوضع المثالي يمكن للمسنين، مع بعض الجهد الشخصي، الحصول على خدمة صحية أفضل نسبياً بإتباع النصائح التالية:

ما المطلوب منا عند التوجه للطبيب؟

- اختيار الطبيب الذي يتيح لنا الوقت للتعبير عن احتياجاتنا ويسعى لفهم تاريخنا المرضي بكامله.
- إنشاء ملف صحي لأنفسنا قبل الذهاب عند الطبيب يحتوي على كل فحوصاتنا السابقة مرتبة حسب تسلسها الزمني. مع كل الوصفات الطبية التي أعطيت لنا سابقاً وأي لقاحات حصلنا عليها ونأخذها معنا.
- كتابة المشاكل التي نواجهها وأي أسئلة نحب أن نثيرها مع الطبيب حتى لا ننساها أثناء المقابلة.
- تدوين ملاحظاتنا حول تطور حالتنا المرضية وأي أعراض جانبية شعرنا بها بعد تناول العلاج وضرورة الرجوع للطبيب دون التصرف من تلقاء أنفسنا.
- سؤال الطبيب عن الأعراض التي يجب أن تخبره بها فوراً ودون إنتظار موعد الإستشارة. والحرص على وجود وسيلة للإتصال بالطبيب في هذه الحالة.
- قراءة الإرشادات الطبية الموجودة مع الأدوية فهي تتيح لنا الانتباه لبعض الأعراض الجانبية التي قد تحدث عند عدد محدود من متناولين الدواء.

ب. المؤسسات الاجتماعية:

(١) دور المسنين:

تنقسم دور المسنين إلى نوعين مختلفين كييفياً.

- دور للمسنين القادرين على خدمة أنفسهم (المستقلين):
تتوفر في هذه الدور غرف لإقامة المسنين وتقدم لهم الوجبات الغذائية الأساسية وخدمات النظافة العامة والشخصية وغسيل الملابس. إضافة إلى تقديم الخدمات الرعائية والإجتماعية والترفيهية. ويمكن للمسنين التنقل بين داخل الدور وخارجها بحرية وحسب رغباتهم كما يمكنهم استقبال الزوار والأهل. تتميز بعض هذه الدور بوجود صالات لمشاهدة التلفاز أو ممارسة بعض الأنشطة الرياضية والترفيهية وقد تحيط بها حدائق حيث يمكن المسنون من ممارسة نشاط تنسيق وزرع الحدائق.

يقوم بإدارة الدار مشرف على تماس بالخصائص الاجتماعية والنفسية لكبار السن يساعد طبيب على الأقل لتوفير الرعاية الصحية بشكل دوري للنزلاء كبار السن.

خلال الإقامة الطويلة في هذه الدور، تنشأ علاقات صداقة بين العديد من المسنين ناتجة عن تبادلهم الحديث والمشاركة في الأنشطة المختلفة. ورغم هذه الجوانب المشرقة التي توفرها الإقامة في دور المسنين إلا أن هناك جوانب أخرى قد يكون بعضها سلبياً كشكوى بعض نزلاء هذه الدور ورواده من التصرفات الصلبة في بعض الأحيان من القائمين على الدور، أو وجود نظم غير منته ب بحيث لا تتيح لكل فرد أن يعيش بالطريقة التي يراها مناسبة له. تشكل قائمة الطعام الإجبارية ونوع الخدمات المقدمة نوعاً من المنعطفات لكبار السن المقيمين في الدور. وقد تكون هذه السلبيات أحياناً وسيلة جامعة للمسنين المقيمين بالدور فيطالبوها بتحسين الأداء عن طريق تمثيلهم في الإدارة.

قرأت في أحد الكتب تعليقاً في هذا المجال جاء فيه أنه في أحد دور المسنين التي عين فيها مدير جديد فرض قوانين تعسفية على النزلاء علقت المشرفة الاجتماعية قائلة:

«إن هذا المدير السيئ قد حول المكان إلى عالم جميل إذ كان النزلاء قبل مجئه فاتري الهمة مشغولين بأمراضهم ورافضين أي جديد. لقد جعلهم هذا المدير بقوانينه التعسفية يستسيطون غضباً لدرجة أنهم كونوا لجاناً ونظموا إضراباً تقول المشرفة كان شيئاً رائعاً، إنني لم أر أناساً في هذا السن تدب فيهم الحياة والقوة بهذه السرعة».

■ دور للمسنين غير القادرين على خدمة أنفسهم بأنفسهم (العاجزين):

مع تزايد الأعمار وتزايد نسب المسنين المصابين بإعاقات نتيجة الأمراض المختلفة أصبحت هذه الدور تمثل إحتياجاً ملحاً. إن معظم رواد هذه الدور في بلدان العالم هم مرضى الفشل الذهني المزمن، والمرضى المصابون بإعاقات حركية نتيجة أمراض الشرايين أو المفاصل، والمرضى المسنون الذين لا يتحكمون في الإخراج. تعتبر هذه الدور عالية التكلفة حيث تحتاج لموارد بشرية مدرية من الممرضين ومساعديهم للقيام برعاية النزلاء والعناية بهم ومساعدتهم على أداء وظائفهم الحياتية المختلفة. وتحتاج للإشراف الطبي الدائم للتعامل مع المشاكل المرضية والنفسية. كما تحتاج إلى فرق العلاج الفيزيائي والتأهيلي والإنسغرالي إلى جانب فريق من الإختصاصيين الإجتماعيين والنفسيين إضافة إلى عدد من الأقسام الطبية والعياادات ما يماثل المستشفيات. وتحتاج هذه الدور إلى حساسية قائمة للقائمين عليها وتقديم دعم نفسي للمقيمين بها وللفريق العامل لتوقي حدوث إكتئاب لكليهما.

أخبرتني سيدة مقيمة بأحد دور المسنين التالي:

«في بعض الأحيانأشعر بالملل من صحبة من يماثلوني في العمر وأتوق للحديث مع الشباب وقد صادقت العديد من طالبات الجامعة اللواتي يحضرن للدار لإجراء أبحاث التخرج معنا وبعضاهم يأتين مراراً لزيارتى بعد إنتهاء مهمتهم».

«لقد تعاملنا مع هذه المشكلة جزئياً بتشجيع التطوع. إن زيارة دورية من طلبة المدارس أو حفل ترفيهي تقدمه جمعية أهلية يكون له فعل السحر على الجميع» هذا ما صرحت به طبيبة تعمل في أحد هذه الدور.

وقد لاحظت أيضاً العلاقة الودودة التي تنشأ بين فريق التمريض من الشباب والمرضى المسنين في دور الرعاية الممتدة والتي تعبّر عن نفس الاحتياج. إننا نحتاج لوضع هذه الملاحظات وغيرها في الإعتبار عند إنشاء مؤسسات إجتماعية للمسنين ليبقى التفاعل بين الشرائح العمرية المختلفة هو الأصل داخل الأسرة وخارجها.

وتبقى مشكلة توفير الموارد المالية الالازمة لهذه الدور إحدى المعضلات الصعبة في المعادلة الرعائية إذ أن الكثير من المسنين المحتجزين لخدمات هذه الدور غير قادرين على تسديد تكاليفها بالكامل. من هنا نحتاج لتكامل الجهود الحكومية والأهلية الخيرية للقيام بهذه التغطية في محاولة موازية للحفاظ على مستوى جودة الخدمات المقدمة للمسنين في هذه الدور.

٢) نوادي المسنين:

تشكل نوادي المسنين أحد الأساليب المعروفة لإبقاء المسنين في حالة إرتباط إجتماعي مصحوباً بالنشاط البدني وال النفسي. ويشارك بعض المسنين فيها لتمضية أوقات الفراغ. كما تقدم بعض هذه النوادي نوع من الرعاية النهارية للمسن لحين عودة



أبناءه من أعمالهم. فتتحول هذه النوادي في وجود مشرفين مدربين ومتخصصين إلى أسلوب نشط لربط المسنين ببقية فئات المجتمع وخصوصاً أهلهم عن طريق تشجيعهم على القيام بوظائف إجتماعية معينة يقدمون فيها خبرتهم لمن يحتاجونها، حيث يشارك المسنون في تنظيم الأسواق الخيرية والأنشطة الرياضية والإجتماعية المختلفة. ويقومون بإلقاء المحاضرات وتقديم الإستشارات في مجالات تخصصهم لقطاعات عمرية أخرى. كما يمكنهم الإشراف على العديد من أنشطة النادي مع جهات الإدارية. يزداد هذا الاحتمال بروزاً حين تكون نوادي المسنين جزءاً من النادي الرياضية والإجتماعية العامة.



قالت لي إحدى المشرفات على برنامج الرحلات في نادي رياضي في القاهرة «حين طلبوا مني الإشراف على رحلة طويلة للكبار السن. أهلت نفسي لقضاء أسبوعاً مملاً وكسولاً وأحضرت معى أدوات التطريز. لقد اختلف الأمر تماماً فقد وجدت نفسي وسط مجموعة نشطة من الشباب ذوي الشعر الأبيض. لم يكفوا عن الحركة وإبداع الأنشطة والضحك كما تميزوا بالإضافة لذلك بالنظام. كان الحديث معهم ومشاركتهم لهم وهم ممتعًا ومثيرًا حتى لم أخرج أدوات التطريز من حقيبتي؛ إننا نفكر أن نجعل الرحلات هذا العام مشتركة للكبار والشباب حتى تكتمل المتعة».

تعتبر الكثير من المؤسسات الإجتماعية، التي تضم المسنين، ظاهرة جديدة على مجتمعاتنا تحتاج إلى بذل الجهد لتقييم أدائها ومن ثم تطويرها. إن إشتراك المسنين في هذه العملية سيكون له أثر هائل في أن يتم التطوير في الإتجاه الصحيح.

التمييز ضد المسنين والتمييز ضد المرأة المسنة

رغم أننا ندعوه ببعضنا بطول العمر (الله يعطيك العمر اللي بيبلقك) إلا أن حضارتنا الحديثة لا تتقبل الإعمار، ومن الغريب أننا لا نتخذ الترتيبات الإجتماعية التي تضمن للمسنين حياة منتجة وفعالة وكريمة، في الوقت الذي يسعى الأطباء والعلماء إلى إطالة الأعمار إلى الحد الذي قد تصبح الحياة فيه بلا أي معنى. إننا بحاجة لمواجهة شريحة مع النفس لنعرف أن كل حياة هي هبة مقدسة من الله يجب أن تحاط بالتقدير وأن تتاح لها كل الإمكانيات. وحين نتحدث عن التمييز ضد أي شخص من شرائح المجتمع فإننا نفعل ذلك من باب الحرص لأن نكون أكثر حذراً وحساسية تجاه الآخر. علماً أن هذا الآخر في شريحة المسنين سيكون أيّاً منا في المستقبل القريب أو البعيد.

١. أشكال التمييز ضد المسنين

ينبع التمييز ضد المسنين من إعلاء قيمة الشباب والقوة الجسدية والجاذبية الجنسية والقدرة الإنجابية، وهي الموصفات التي قد نفقدناها مع تقدمنا في العمر. ويتخذ هذا التمييز أشكالاً متعددة فمنها اللفظي حيث نستخدم أفالحاً تحمل معانٍ سلبية أو حين تلصق صفة سلبية باللفظ مثل قول بعض العامة: شايب وعايب، عجوز متصابية، ختيار خرفان إلخ. لقد عانينا في القطاع الصحي سنوات من استخدام لفظ خرف الشيخوخة للتعبير عن مرض Dementia وبرزت دعوة لاستبدال هذا اللفظ حديثاً بالقصور الذهني المزمن كلفظ لا يخصim المسن المريض إجتماعياً.

وقد يتخد التمييز صورة تنميط المسن حيث يتم اعتبار المسنين شريحة عمرية واحدة تتشابه في ظروفها في حين يتم التغافل عن الاختلاف والخصوصية وفردية الإنسان رغم عدم وجود نمط موحد ومحدد لمظاهر الشيخوخة عند جميع البشر. وقد يتم التعامل مع المسن أيضاً وكأنه طفل صغير في مدار المجتمع من المسنين الخبرة التي راكموها خلال سنوات عمرهم الطويلة.



إن صعوبات الحياة الاقتصادية وقلة الفرص في مناطق مختلفة من العالم تؤدي أيضاً إلى نوع من التمييز ضد المسنين. حيث يتم التنافس غير المتكافئ على الموارد بين الشرائح العمرية المختلفة. في الوقت الذي ساعدت قيمنا الثقافية والدينية في تجنب هذه المشكلة إلى حد كبير، لكن مظاهر منها بدأت تطفو على السطح حديثاً وباتت بحاجة للمواجهة الصريحة. وبرغم أن التمييز ينال شريحة من المسنين بشكل عام إلا أن هناك تمييزاً آخرأ يطال النساء المسنات.

٢. التمييز ضد المرأة المسنة

تعاني المرأة في مجتمعاتنا في مختلف مراحل حياتها من تمييز على أساس النوع. فيما لاحظ الباحثون أن النساء المسنات في بعض المجتمعات العربية يتمتعن بمميزات لا يحصلن عليها في سن الشباب خاصة أولئك اللاتي إستكملن «المتطلبات الإجتماعية والعائلية» من زواج وإنجاب العدد المطلوب من الأبناء الذكور.

تشكل فترة ما بعد إنقطاع الدورة الشهرية للنساء في المنطقة العربية مرحلة يتحررن فيها من الكثير من القيود التي وضعها المجتمع للتحكم في سلوكهن الجنسي والإنجابي من خلال العادات والأعراف. فتحصل النساء على حرية أوسع في الحركة، ويسمح لهن بالمشاركة في إتخاذ القرارات ويكون لهن سلطة على نساء وأطفال الأسرة الممتدة وربما على الرجال من أبنائهن. وهكذا قد تحل المرأة المسنة محل زوجها في إدارة شؤون العائلة خاصة بعد وفاته أو في حالة مرضه أو ضعفه الشديد. تحصل النساء على هذه المميزات في المجتمعات التي تقوم على أساس الأسرة الممتدة الموجودة في المناطق الريفية والبدوية والتي تعتبر من المجتمعات الأكثر تشديداً. وقد تغالي النساء المسنات في الإستفادة من السلطات الممنوحة لهن كنوع من التعويض عن حياة القهر. فتمارسن القهر على من هن تحت سلطهن من زوجات الأبناء لتكتب المرأة المسنة صورة الحماة المتسلطة.

وتشير كثير من الأبحاث الإجتماعية الحديثة إلى ميزة نسبية أخرى للنساء حول العالم هي عدم إنقطاع الدور الإجتماعي. فالمرأة الجدة يتطلب منها عادة العناية بالأحفاد. وربة البيت لا تحال إلى المعاش عند إعمارها. والمرأة العاملة التي تحال إلى المعاش تجد وقتاً للقيام بأعمال المنزل التي طالما قامت بها بإرتباك وعلى عجل، في الوقت الذي يقع الرجل فريسة الفراغ بعد تقاعده.

ما زالت مجتمعاتنا تنظر إلى المرأة كموضوع جنسي وإنجابي كما يحظى جمال المرأة الجسدي بالإهتمام الإجتماعي. أما مكونات النساء الشخصية من عقل وروح وصفات شخصية

فلا تحظى بنفس التقدير والإهتمام الاجتماعي. وحين تكبر النساء وتفقد أجسادهن قواها الإيجابية وسماتها الجمالية يُعاملن بطريقة مختلفة فيعاني من تمييز مزدوج كنساء من جهة وكمسنات من جهة ثانية.

ينكر المجتمع على المسنة حقوقاً طبيعية كإهتمامها بنفسها أو تزيينها أو إرتداءها ملابس ذات ألوان فاتحة، ففي نظرية سريعة إلى شارعنا العربي لهؤلاء النساء المتشفات بالسوداد تشعرنا أن غالبية نسائنا المسنات قد فقدن منذ وقت قصير عزيزاً لديهن فلبسن ثياب الحداد. وقد لاحظت أثناء جولاتي في أقسام المسنين في المستشفيات في الدول الغربية حرص المستشفيات والأهل على أن تلبس النساء المسنات ملابس فاتحة رقيقة الألوان لتضفي عليهم أجواء من الراحة والبهجة.

وينكر المجتمع أيضاً على المرأة، حقها في الزواج في هذا السن حيث يرى المجتمع أن الوظيفة الأساسية لمؤسسة الزواج هي الإنجاب ودور ربة المنزل تقديم الخدمات المنزليه والعلاقة الجنسية لزوجها. كما لا يعتني المجتمع بإحتياج المسنات الإنساني للإيناس وتبادل الرعاية والإهتمام وبالتالي لا يرى سبباً وجيناً لزواجهن بعد الترمل.

تبين النساء النظيرية نفسها في نظرهن لأنفسهم.

قالت لي سيدة في الخامسة والخمسين من عمرها «لا أستطيع التفكير في الزواج بعد أن فقدت زوجي، لقد كان الرجل الوحيد في حياتي لقد عرفني منذ كنت شابة ولا أتخيل أن يرى رجل آخر جسدي بعد أن ترهل».

وتساءلت معها هل يشعر رجل في مثل سنها أو أكبر منها بنفس القلق خوفاً من أن ترى امرأة أخرى بطنه البارز أو عضلاته التي فقدت تناصتها؟ تعالوا نتصور كيف سيكون الموقف الاجتماعي من سيدة ورجل في سن الستين فقد كل منهم رفيق حياته بعد زواج الأبناء وقراراً الزواج. ما هي النصيحة التي سيوجهها الأهل والأصدقاء لكلاهما؟ وهل تتوقع أن ينصح أحدهم المرأة أن تتخذ لها زوجاً جديداً يكون أنيساً لها؟ وهل تجرؤ نسائنا المسنات أن يعبرن بصراحة عن رغباتهن الحقيقية أم إنهن سيخضعن للصورة النمطية المعهودة من المرأة في هذا العمر سيترتب عن هذا الموقف الاجتماعي حرمان نفسي وجنسى للنساء كما سيترتب عنه أيضاً شح في الموارد الاقتصادية للمرأة وتوقع زيادة تعرضها لاحتمالات الوحدة بمعدلات يفوق ما يقاس بأقرانها من الرجال.

ويذكر المجتمع أيضاً على النساء في مراحل حياتهن المختلفة الخروج من دائرة الفضاء المنزلي الخاص إلى العمل الاجتماعي أو السياسي. ويلاحظن هذا الإنكار مع الكبر ففي بعض المجتمعات تحرم المرأة من فرص هامة لتشغل وقت فراغها أو أن تشارك في وضع السياسات العامة. في المقابل يعاني الرجل المسن أيضاً من عدم الحاجة للمشاركة في المهام المنزلية نتيجة التنميط الاجتماعي الذي يقصر الفضاء العام على الرجال والفضاء الخاص على النساء فيظلم هذا التقسيم الجائر كلا الجنسين، ويحق لنا أن نتساءل: أما حان الوقت لنصحح مفاهيمنا لمصلحتنا جميعاً نساء ورجالاً؟ ماذا يحصل لو تشارك الطرفان في الفضاء المنزلي كما الحال في الفضاء المجتمعي الخارجي إن هناك الكثير من الأدوار المشتركة التي ستساهم فعلياً وعملياً في تدعيم العلاقة خصوصاً في مرحلة كبر السن حيث تزيد حاجة الواحد منا إلى الآخر نفسياً وعائلياً ومعنوياً.



محتويات الفصل الثاني

٢٢	التغيرات الفسيولوجية المتوقعة عند الإعمار
٢٢	١- النظر
٢٣	٢- السمع
٢٣	٣- الجلد
٢٤	٤- العضلات والعضام
٢٤	٥- الأقدام
٢٥	٦- القلب والرئة
٣٥	٧- الجهاز الهضمي
٣٦	٨- الجهاز البولي والتناسلي
٣٧	٩- القدرات العقلية
٣٧	١٠- النوم
٣٩	المشكلات الشائعة عند كبار السن
٣٩	١- عدم الحركة
٣٩	أ. أسباب عدم الحركة
٤٠	ب. مضاعفات عدم الحركة
٤١	ت. كيفية التعامل مع المشكلة
٤٢	٢- تيسير المفاصل
٤٣	٣- قرح الفراش
٤٤	٤- المشكلات المرضية الشائعة للإبصار والسمع
٤٥	أ. حاسة الإبصار
٤٦	ب. حاسة السمع
٤٧	ت. كيفية التعامل مع المسنين المصابين بصعوبات في الحواس
٤٨	٥- التشوش الذهني
٤٩	٦- السلس البولي
٥٢	٧- الإمساك
٥٤	٨- فقدان التوازن والسقوط
٥٦	٩- الإفراط الدوائي

التغيرات الفسيولوجية المتوقعة عند الأعمار

مع تقدم العمر وال الكبر تتغير وظائفنا تغيراً كمياً لكنها لا تتغير بالضرورة للنقيض. مثلاً لن يستطيع البطل الرياضي بعد الآن من تحقيق أرقام أولمبية لكنه على الأرجح سيكون أكثر كفاءة جسدية من الشخص العادي غير الرياضي. وتزداد الخصائص الشخصية تبليوراً مع تقدم العمر، فالشخص الميال للوسوسة يصبح أكثر وسوسه والبخيل يزداد حرصاً، والكريم يزداد كرماً وشهامة، وتمتلىء الحياة بهجة لو كنا بصحة مسنين كانوا في شبابهم ميالين إلى السعادة والمرح. ومن الملاحظ أن المتفائلين من البشر ينجون في تخطي فترة الشيخوخة بمشاكل أقل بشكل عام.

إن تقدم العمر يؤدي إلى تغيرات تشمل العديد من أعضاء الجسم. فتبذل هذه التغيرات بالظهور منذ شبابنا لكننا لا نلاحظها إلا مع تقدمنا في العمر. ولابد لنا من أن نفرق بين هذه التغيرات الطبيعية في وظائف أعضائنا وبين الأمراض التي قد تصيب هذه الأعضاء. وسنلقي الضوء في هذا الجزء على بعض التغيرات في وظائف أعضائنا وكيف نتعامل معها وستتناول في الفصول التالية المشكلات المرضية الشائعة.

١- النظر

تفقد عدسة العين تدريجياً بعضاً من مرونتها مما يقلل من حدة إبصار الأشياء القريبة ويزداد جفاف العين وبالأخص عند النساء. وقد تتجمع صبغات صفراء في العدسة مما يقلل من قدرتنا على التمييز بين الألوان. فيقل مجال الإبصار ويشعر المسن بتدني قدرته على تحديد الألوان ويزيد من إحتمال تعرضه للمخاطر، إذ تكون العيون أكثر حساسية للضوء الساطع خاصة في الليل مما يجعل قيادة السيارات ليلاً عملية دقيقة جداً.

ويمكن حل بعض هذه المشاكل بإتباع الآتي:

- إستخدام نظارات طبية للقراءة.
- إستخدام العدسة المكربة.
- وضع قطرات خاصة لترطيب جفاف العين.
- تقليل التوهج أو لمعان الضوء بإستخدام أضواء غير ساطعة عند القراءة ويفضل قراءة الكتب ذات الأوراق غير اللامعة.
- إستخدام إضاءة بسيطة ليلاً للمساعدة على التأقلم السريع مع الضوء.
- قراءة المطبوعات ذات الخط الكبير الواضح.

٢- السمع

تقل حساسية آذاننا للأصوات ذات التردد العالي بالتدريج وتقل القدرة على التمييز بين الأصوات الأساسية وما يحيط بها من تشوش صوتي آخر. كما تقل أيضاً إمكانية تحديد مصدر الصوت مما يفاقم مشكلة السمع.

ويمكن للمتعامل مع المسنين مساعدتهم في التغلب على هذه المشكلة بالوسائل التالية:

- التحدث مع المسن بصوت واضح وبطيء.
- الحرص على عدم وجود ضوضاء أخرى أثناء الحديث معه مثل وجود صوت جهاز راديو أو تلفزيون أو حديث جنبي بين آخرين من حولنا.
- الحرص على أن يرانا المسن أثناء الحديث إذ تساعد رؤيته لنا على تحديد مصدر الصوت ويمكنه قراءة جزء من حديثنا من خلال حركة الشفاه وتعبير الوجه واليدين.

ومن المشاكل الشائعة بين المسنين والتي تؤدي إلى ضعف السمع تجمع مادة الشمع داخل قناة الأذن وتبيسها مما يؤدي إلى إنسداد هذه القناة. ويلاحظ أن المسنين الذين يعانون من هذه الظاهرة يزداد ضعف السمع لديهم بشكل ملحوظ بعد الإستحمام بسبب دخول الماء إلى قناة الأذن. ويتم العلاج بعد فحص طبي بسيط بإستخدام بعض العقاقير المذيبة للشمع وغسل الأذن بعد ذلك بواسطة جهاز خاص لدى الطبيب.

كثيراً ما يطال جفاف الجلد قناة الأذن فيؤدي إلى حدوث حكة، يحاول المسن عندها إستخدام أي أداة لحك الأذن مما يؤدي إلى حدوث إلتهابات فيها. ينصح في هذه الحالة بعدم حك الأذن ووضع قطرات من الجلسرين (Glycerine) داخلها لتقليل الجفاف كما ينصح بإستخدام شامبو الأطفال لغسل الشعر لأنه أخف أثراً على الجلد من الشامبو العادي أو الصابون والذي في حال دخوله قناة الأذن يزيد من جفافها.

٣- الجلد

يفقد الجلد مرونته بالتدريج ويزداد جفافاً مما يؤدي إلى تعرضه للخدوش عند حدوث أقل إصابة. ويؤدي الجفاف إلى حدوث حكة جلدية وقد نلاحظ بعض الکدمات بالجلد نتيجة ضعف الأوعية الدموية، كما تظهر بقع جلدية سمراء اللون في المناطق التي تتعرض للشمس.

ويحتاج كبار السن إلى عناية خاصة بالجلد على النحو التالي:

- إستخدام ماء معتدل الحرارة عند الإستحمام.
- حك الجلد بلطف عند تجفيفه بالمنشفة.
- إستخدام مرطبات للجلد مثل الكريمات أو الزيوت النباتية لتقليل الجفاف.
- إستخدام مراهم (اليوريا) لإزالة القشور التي تظهر على الجلد.
- التأكد من شرب الكميات الكافية من السوائل وتناول الأغذية المناسبة والتي تحتوي على خضروات وفواكه طازجة للحفاظ على حيوية الجلد.
- إستخدام الكريمات الواقية من أشعة الشمس عند التعرض لها في فترات الذروة.

٤- العضلات والعظام

تتعرض عضلاتنا عند الكبر للتغير فيقل وزنها ويحدث إستبدال لبعض أليافها بخلايا دهنية فتفقد بعض قوتها. ويمكن تخفيف هذا التغير بممارسة الرياضة بشكل منتظم.

يقل طول العمود الفقري نتيجة إنكمash المسافات بين الفقرات، كما تتعرض الغضاريف المبطنة للمفاصل لتهتكات نتيجة الإحتكاك المستمر خاصة عند المسنين المصابين بالسمنة ويمكن تقليل هذه التغيرات بإعتماد الأوضاع السليمة أثناء الجلوس والحركة وضرورة الإنظام في ممارسة الرياضة. وقد لوحظ أن رياضة اليوجا بالذات تساعد على مرنة المفاصل والعضلات لدى المسنين.

تقل كثافة العظام تدريجياً وتصبح العظام أكثر هشاشة عند المسن مما يعرضها للكسر عند الصدمة البسيطة. يمكن الحفاظ على قوة العظام بممارسة الرياضة يومياً وإتباع نظام غذائي سليم والإمتناع عن التدخين.

٥- الأقدام

يعاد تشكيل الدهون في أجسامنا مع الإعمار فيزداد تراكمها في بعض الأماكن ويقل في أماكن أخرى فتعاني أقدامنا من قلة حجم المخدات الدهنية التي تقلل من إحتكاك العظام بالأرض فتحدث بعض الآلام أثناء المشي. كما يحدث تضخم في بعض عظام مفاصل جانب القدم وتصبح الأظافر أكثر هشاشة وقد تتشوه أثناء النمو مما يؤدي إلى إنغراسها في الجلد المحيط بها. إذن علينا العناية بأقدامنا بشكل خاص منذ الصغر.

ما يلي بعض الإرشادات للعناية بالأقدام:

- المشي بإنتظام يؤدي إلى تقوية عظام القدم والتقليل من مشاكلها أثناء الشيخوخة.
- اختيار الحذاء المناسب المصنوع من الجلد الطري أو القماش والذي يتميز بالنعل السميك. ومن الأفضل أن نختبر مدى إرتياح أقدامنا داخل الحذاء بأن ننعله في البيت لفترات قصيرة للتأكد من أنه لا يسبب لنا المتاعب.
- العناية بقص الأظافر بطريقة مستقيمة حتى لا يحدث إنغراس الأظافر. وقد يكون من حسن التدبير اللجوء لشخص آخر لمساعدتنا في هذه العملية خاصة إذا كنا نعاني من صعوبات في النظر أو في حركة اليدين أو من مرض السكري مانعين بذلك حدوث جروح بالأصابع.

هناك بعض المستشفيات والعيادات التي تعنى بالأقدام في عيادات خاصة، فتتولى تقييم ومتابعة علاج أمراض القدم كما تقدم النصائح حول طرق العناية بالأقدام لأهميتها في إستمرار حرية الحركة للتقليل من إحتمالات السقوط مما يجنبنا الكثير من الآلام.

٦- القلب والرئة

يصبح القلب أقل كفاءة عند بذل الجهد رغم أن أدائه لوظائفه في الأحوال العادبة يبقى في الكفاءة عينها. وتفقد الرئة بعضاً من مرونة الهووصلات الهوائية فيقلل من كفاءتها ويؤدي هذا العاملان إلى الشعور بالإجهاد والlahath (سرعة التنفس) أثناء بذل مجهود شديد.

ويُنصح المسنون الذين يعانون من هذه الأعراض بزيارة الطبيب. علمًاً أننا نلاحظ ظهور هذه الأعراض أيضاً عند بعض الحالات المرضية. علينا التأكد من خلونا من هذه الأعراض لنتمكّن من البدء ببرنامج زيادة كفاءة القلب والرئة عن طريق الرياضة والمشي.

ومن الملاحظ أن الذين يمارسون الرياضة خلال فترة صباهم لا يعانون من تلك الأعراض وقد يتمتعون بصحة أفضل وكفاءة أعلى في إعمارهم من آخرين لا يمارسون الرياضة.

٧- الجهاز الهضمي

تحدث بعض التغيرات في الفم كقلة إفراز الغدد اللعابية مما يؤدي إلى جفاف الفم والإضطراب في هضم المواد الكربوهيدراتية إذ يحتوي اللعاب على إنزيم يساعد على تحليل هذه المواد لعناصرها الأبسط.

كما يعتبر فقدان الأسنان عند الإعصار الشائعة لكنها ليست حتمية، فالأسنان لا تتساقط وحدها لكننا نخلعها عندما تصاب بتسوس أو تلف شديد. وقد أدى تطور طب وجراحة الأسنان إلى تلافي خلع الأسنان التالفة حتى لو وصل التلف إلى الأعصاب. ويمكن بلوغ هذا الوضع فقط في حال الإعتناء بالأسنان مع التأكيد على زيارة أطباء الأسنان بشكل دوري وهو الأمر الذي قد لا يتتوفر لنا جميعاً. هناك الكثير من المسنين الذين يستعينون بأطقم الأسنان البديلة والتي قد تؤدي أحياناً إلى مشاكل في اللثة بسبب الإحتكاك حين تكون مقاساتها غير مناسبة. تؤثر جميع هذه المشكلات على عملية المضغ والبلع علمًا أن عدم الاعتناء بالأسنان أو الأطقم البديلة يؤدي إلى ظهور رائحة كريهة في الفم مع إلتهابات في اللثة. كما تؤدي هذه العوامل متضافة إلى إضعاف شهية المسن للطعام.

يؤثر نقص إفراز العصارات الهضمية سلباً على الهضم وإمتصاص بعض العناصر الغذائية مثل الحديد والكالسيوم وفيتامين ب. يؤدي ذلك إلى ظهور أمراض سوء التغذية. كما يحدث عدم إنسجام في نشاط الجهاز الهضمي فتصبح الأمعاء كسولة بعض الشيء فيؤدي عدم شرب السوائل وخلو الغذاء من الألياف الطبيعية إلى ظاهرة الإمساك.

كيف نحسن أداء الجهاز الهضمي:

- المعاينة الدورية لدى طبيب الأسنان لعلاج الأسنان واللثة.
- العناية بتنظيف الفم والأسنان وطقم الأسنان صباحاً وبعد كل وجبة.
- مضغ العلكة ومص أقراص النعناع أو الحلوى يساعد على إدرار اللعاب.
- شرب كمية كافية من السوائل وتناول الألياف لزيادة نشاط الأمعاء.

٨- الجهاز البولي والتناسلي

تتمدد أنسجة الحوض عند النساء مما يؤدي إلى السلس البولي مع العطس أو السعال أو بذل جهد. وتساعد تمارين عضلات الحوض على تلافي هذه المشكلة (أنظر موضوع السلس البولي في الفصل التالي). قد يصبح الجماع مؤلماً للنساء نتيجة لجفاف المهبل خصوصاً بعد إنقطاع الطمث ويمكن تحسين ذلك بإستخدام مرطب موضعي (K-y jelly).

قد يعاني الرجال من تضخم غدة البروستات فيؤدي ذلك إلى صعوبات في التبول. فيحتاج المسن في هذه الحالة إلى تجنب مشكلة الإمساك والمواد الغذائية الحريفة (الحارة) وزيارة الطبيب. ومن الأخطاء الشائعة اعتبار تضخم غدة البروستات (Prostate) مسؤولة عن العنة الجنسية التي يعاني منها بعض الرجال، كما أن هناك اعتقاداً خطأً هو أن المسنين والمسنات

يفقدون الرغبة أو القدرة الجنسية، وأنهم لا يمارسون الجنس وخاصة النساء منهم. إلا أن الدراسات أثبتت خطأ هذه التصورات.

تؤثر بعض العوامل على النشاط الجنسي للمسنين مثل: الصحة العامة، وجود شريك للحياة، مدى الشغف الشخصي بالجنس، طبيعة العلاقة بين الشريكين وقبل كل منهما للأخر. لا يوقف الإعصار النشاط الجنسي للبشر إنما يؤدي فقط إلى بطء في إيقاع مراحل الممارسة الجنسية. كما أن الإعصار لا يؤدي إلى السلس البولي الكامل إذ لا بد من البحث عن الأسباب العضوية في حال حدوث أي من هذه الظواهر عند الجنسين.

٩- القدرات العقلية

قد تصبح العمليات العقلية بطيئة مع تقدم العمر، وتحتاج عملية التعليم في الكبر إلى وقت أطول وتركيز أكثر. ومع ذلك، لقد ذكرت إحدى الناشطات المصريات، أنها تعلمت التعامل مع الكمبيوتر بعد سن الخامسة والستين، فأصبحت تجيد إرسال واستقبال البريد الإلكتروني.

عندما نكبر في السن تتوقف سعة مخازن الذاكرة عن التمدد لدينا فتتأثر الذاكرة قصيرة المدى لدى بعضاً بذلك. ويبدو أن سعة هذه المخازن مرتبطة بما بذلناه من نشاط عقلي في شبابنا والقدر الذي نتعرض له من توتر وتشتت فيشيخوختنا. ومن المهم أن نبقي ذهناً يقطأً ونشطاً وأن نقلل عوامل التشتت للإبقاء على حيوية ذاكرتنا.

ومن المؤشرات الإيجابية في الإعصار زيادة القدرات الإبداعية الخلاقة فلا يمكننا إحصاء عدد المبدعين من كبار السن في الأدب والموسيقى والفنون في بلادنا وفي العالم أجمع. وقد لاحظت الدراسات الحديثة مدى تأثير الإبداع على حالة المسن العقلية والجسدية والروحية وما يؤدي إليه من تفاعل مع البيئة المحيطة به فيقلل الشعور بالوحدة والغرابة والإكتئاب ورغم أننا لسنا كلنا فنانين وكتاب إلا أن لكل منا إبداعه الخاص به. على سبيل المثال قد يكون أحدهنا مبدعاً في إقامة العلاقات الاجتماعية أو إضافة أجواء البهجة حولنا وعلى كل منا أن يكتشف موهبته الخاصة وينميها لتسعده وتسعد غيره في مراحل الشباب والشيخوخة.

١٠- النوم

كل إنسان يحتاج إلى عدد محدد من ساعات نوم ليكون في كامل لياقته عند اليقظة. ولا يتغير هذا العدد عندما نكبر في السن لكنه يتوزع بين الليل والنهار. يشكو بعض المسنين من الأرق ليلاً وذلك بسبب أنهم ينامون في فترة النهار عدد الساعات التي نقصت من نومهم في

فترة الليل حتى ولو بصورة متقطعة. لذلك ننصح من يعانون من هذه المشكلة بإشغال أنفسهم في فترة النهار حتى يتمكنوا من النوم في فترة الليل.

تتغير نوعية النوم عادة مع الإعمار، فقد يمر وقت طويل قبل أن يتمكن المسنون من الخلود إلى النوم كما أنهم يستيقظون مرات متعددة خلال فترة نومهم ويكون نومهم عادةً أقل عمقاً.

يلجأ المسنون أحياناً إلى إستهلاك المهدئات لحل هذه المشكلة لكنهم قد يعانون من آثار جانبية للدواء تكون أكثر خطورة من عدم النوم نفسه فيجب أن لا نلجأ إلى هذا الحل إلا عند الضرورة القصوى وبناءً على نصيحة الأطباء.

وقد لاحظت كثير من الدراسات أن الرياضة اليومية المنتظمة وممارسة المشي تساعدهم على تحسين نوعية النوم. وفي دراسات أخرى تبين أن تعريض المسنين لضوء ساطع في بداية المساء يساعد على النوم العميق.

وهناك حلول أخرى بسيطة قد تساعدهم على النوم، إذ نلاحظ أن أكثر المسنين ينامون نوماً عميقاً أثناء مشاهدة التلفزيون أو الاستماع إلى المذيع. وفي هذه الحالة يفضل وضع التلفزيون أو المذيع بجانب الفراش ولا بأس لو استمر مفتوحاً طوال الليل. علمًا أن شرب كوب شاي دافئ من الأعشاب مثل النعناع، المرامية (القصعين) والبابونج يساعد على النوم الهادئ. كما يجب الإمتناع عن تناول الشاي والقهوة والمشروبات الغازية في فترة بعد الظهرية إذ أن لها آثاراً منبهة للجهاز العصبي.



المشكلات الشائعة عند كبار السن

سنحاول في هذا الفصل التعرض لبعض المشكلات التي تواجه المسنين ومن يرعاهم. سنحاول توضيح أهم الأسباب البيئية والوظيفية والمرضية لكل مشكلة. وبالتالي كيفية التعامل معها مع إبراز بعض الحلول العملية والخبرات التي أضافها بعض من عانوا من تلك المشاكل.

إن التفصيل الذي سنتناوله سيتيح للقارئ التالي:

- معرفة بعض الأسباب التي يمكن تفاديتها وبالتالي الوقاية من حدوث المشكلة مسبقاً.
- قدرة التمييز بين الأسباب البسيطة وتلك الخطيرة لمعرفة أسلوب التوجّه في كلّي الحالتين.
- الإلمام باحتمالات تداخل أكثر من عامل لحدوث المشكلة والقدرة على تفكّيك عناصر هذا التفاعل والتعامل مع كل عنصر منها بما يتّناسب من إجراءات فاعلة.
- التعود على أن نكون شركاء للمختصين في الفهم وفي إتخاذ القرارات التي تخص حيّاتنا بناء على المعرفة والفهم.

١- عدم الحركة

«بدأت أتكلّس في الحركة... و كنت أسعد برؤيه تسابق أبنائي وأحفادي لتبليغ رغباتي وأنا جالسة في مكانني! ... زاد وزني كثيراً ثم أصبحت بجلطة في أوردة قدمي... أخبرتني الطبيبة أن السبب المباشر هو قلة الحركة» هذا ما روتته سيدة في السبعين من عمرها أثناء وجودها في المستشفى تحت العلاج.

تتضافر عدة عوامل مرضية ونفسية وبئية لخلق هذه المشكلة. وقد يكون صعباً منع حدوثها أحياناً. كما يؤدي عدم الحركة إلى خلق مشاكل جديدة. لذا من المهم التوصل لمعرفة سبب المشكلة ومنعه مبكراً إن كان هذا ممكناً. كما أنه من الضروري وضع برامج تأهيلية لغير القادرين على الحركة لتجنيبهم مزيداً من المضاعفات.

أ- أسباب عدم الحركة:

أسباب مرضية:

- أمراض العظام والمفاصل كالتهابات المفاصل على أنواعها، هشاشة العظام والكسور.
- أمراض الجهاز العصبي كالجلطات الدماغية ومرض شلل الرعاش (مرض باركنسون) والتهابات الأعصاب الطرفية.

- أمراض القلب والأوعية الدموية كهبوط القلب وأمراض الشرايين التاجية وأمراض الشرايين الطرفية «ضيق الشرايين بالأطراف السفلية».
- الإكتئاب خاصّة إذا لم يتم إكتشافه مبكراً.
- الأمراض المزمنة الشديدة كأمراض الرئة والأورام والفشل الكلوي والقصور الذهني ونقص إفراز الغدة الدرقية.

أسباب غير مرضية:

- الخوف من السقوط، خصوصاً مع ضعف النظر الشديد، أو في حال حدوث سقوط سابق متكرر.
- إجبار المسن على عدم الحركة لفترة طويلة كما يحدث في بعض المستشفيات ومرافق العناية بالمسنين حيث تستخدم حواجز الأسرة خوفاً من السقوط من الفراش.
- عدم توفر وسائل المساعدة على الحركة كمساند المشي أو المشاهير (Walker) أو أدوات يمكن للمسن غير قادر استخدامها للمساعدة على الحركة.
- الاعتقاد الخاطئ بـان المسن، بشكل عام، قليل الحركة. فلا ينتابنا عندها القلق لو لاحظنا بقاء شخص مسن في فراشه لفترات طويلة مما يفوّت علينا فرص الإكتشاف والعلاج المبكر . للعديد من الأمراض السابقة.

يتحوّل انعدام الحركة الجزئي بالتدريج إلى انعدام كلي للحركة كما أن المضاعفات تتحوّل هي نفسها إلى أسباب جديدة لإنعدام الحركة فتدخل في دوائر مغلقة من المشاكل.

بـ- مضاعفات عدم الحركة:

- يتحمل الجلد و العضلات العبء الأكبر لعدم الحركة فيحدث قرح الفراش وضمور العضلات الذي يؤدي بدوره إلى انتناء في المفاصل.
- تزداد هشاشة العظام بشكل ملحوظ وقد يؤدي هذا إلى حدوث الكسور.
- يزداد إحتمال زيادة الوزن وحدوث جلطات بالأوردة.
- يعاني المسن غير المتحرك من إلتهابات متكررة في الجهاز البولي وت تكون حصوات بولية كما يزداد الميل لحدوث الإمساك.
- يؤدي إنعدام الحركة للتتشوش الذهني ويظهر المسن وكأنه أصيب بالقصور العقلي أو بتدور القدرات العقلية.

هذه القائمة من المضاعفات تدعو الأطباء المعالجين إلى مزيد من التدخلات الدوائية والتي تزيد العبء الصحي والاقتصادي الذي يواجهه المسن.

ت- كيفية التعامل مع المشكلة:

- إجراء فحص طبي دوري وشامل للمسنين خصوصاً أولئك الذين يعانون من صعوبة في الحركة أو الذين بدأت تظهر لديهم تغيرات في القدرات الحركية. وهناك بعض الفحوصات المخبرية التي يجب إجراءها دورياً حيث أن الكثير من الأمراض تتتشابه في أعراضها مع مظاهر الشيخوخة مما يفوت فرص تشخيصها بشكل صحيح.
- تقييم الظروف البيئية المحيطة به، فالمسن قادر جزئياً على الحركة يمكن أن يفقد هذه القدرة في حال عدم وجود وسائل مساعدة له. ويستطيع المسن المصاب بإلتهاب في المفاصل الذهاب للحمام في حال توفر مشاية (walker) أو مساند ثابتة للإتكاء عليها. كما يمكنه استخدام المرحاض في حال وجود مساند جانبية (درابزين) لتساعده على الوقوف. أما في حال عدم وجود هذه التجهيزات يفقد المسن حماسته للحركة ويفضل عندها طلب الأداة المساعدة ليتبرز في فراشه.
- إعادة تجهيز منزل المسن أو المسنة لمساعدتهم على التحرك بحرية وسهولة إلا أن هذه المسألة تحتاج إلى إبداع من المسنين ومن يعاونهم. هناك تجهيزات مساعدة مناسبة يمكن تركيبها كمساند جانبية على الحوائط وحول المرحاض أو الأسرة وتتميز هذه التركيبات بالأمان وسهولة الإستخدام لكنها قد تكون مكلفة وقد لا تستطيع كل أسرة الحصول عليها. هناك العديد من الإبداعات البسيطة التي يمكن توفيرها كبدائل لهذه الحالة. هناك مسنون يستخدمون كرسي الخيزران الخفيف والقوى كبديل عن المشاية المعدنية. كما يمكن للمسن أن يستخدم قطع الأثاث الثابتة كوسيلة للإتكاء عليها بشرط وضعها بطريقة مناسبة في مسار مرور المسن. إن تعليق حبل متين من الليف على شكل حرف لـ في السقف أعلى فراش المسن يوفر له وسيلة تمكنه من رفع جسده من وضع الرقاد إلى الجلوس دون مساعدة أحد ويشكل هذا الحل بدليلاً عن المثلث المعدني (peroquet) الغالي الثمن. كما أنها لو فتحنا في مقعد الكرسي الخشبي فتحة مستديرة ووضعنا هذا الكرسي فوق المرحاض العربي لشكل دعماً هائلاً للمسن غير القادر على الجلوس القرفصاء فوق هذا المرحاض. هناك العشرات من الأفكار التي يمكن لنا أن نقترحها شرط أن نقوم بإختبار مدى ملائمتها للمسن والأهم من ذلك مدى أمانها أثناء استخدامه لها. علينا الإنبه أن يكون الأثاث المحيط بالمسن غير معوق لحركته. فينصح برفع السجاد عن الأرض أو تثبيته بشرائط معدنية على الأرضيات كما ينصح برفع الطاولات أو أي معوقات أخرى في الممرات قد يصطدم بها المسنون.
- إعادة النظر في إرتفاعات المقاعد والأسرة لتكون مناسبة لحركة المسن. وأفضل إرتفاع لها هو طول ساق المسن نفسه حين تكون الساق مفرودة تماماً، والركبة محنية بزاوية قائمة،

والقدم تلامس الأرض عند الجلوس. إذ أن عملية قيام المسن من فراشه أو كرسيه القصير قد يشكل صعوبة بالغة له. ويمكن اللجوء إلى زيادة إرتفاعات الأسرة أو الكراسي بوضع مراتب أو وسائل إضافية لتقليل الإنفاق في حالة إعادة التأثيث. إن وجود كرسي مع ظهر مرتفع يسند المسن رأسه إليه مع مساند جانبية تمكنه من استخدامها لدفع نفسه للوقوف ويشكل هذا حافزاً للمسن للنزول من فراشه.

■ إعادة تجهيز مكان استحمام المسن. يسبب (المغطس) البانيو المرتفع تعويقاً للمسن الذي لديه إعاقة في حركة القدمين، ومن المفضل وجود كرسي يجلس عليه المسن أثناء الحمام وأن يكون الدش متحركاً أو تركيب خرطوم في حنفية الحمام ليتمكن المسن من استخدامه بدلاً من الدش المتحرك.

■ ملاحظة حدوث مضاعفات عدم الحركة والتعامل معها بسرعة لتقليل أثارها.
و سنبرز هنا اثنين من المضاعفات هي التيبس (أو تشوه) المفاصل وقرح الفراش، وسيتم الحديث عن بقية المضاعفات في الفصول التالية.

٢- تيّبس المفاصل

«إضطررت لملازمة الفراش بعد عملية جراحية معقدة ... بعدها حاولت القيام من السرير والشروع في المشي لاحظت أن هناك صعوبة كبيرة في ذلك نتيجة لتيّبس المفاصل». هذه عينة من الشكاوى الشائعة التي تعقب ملازمة الفراش وتنتج من تيّبس المفاصل.

يحدث تيّبس المفاصل نتيجة لضعف العضلات وضمورها وبالتالي إلى تقلصها. وينعكس ذلك على المفاصل التي تحركها هذه العضلات، ويحدث عادة تيّبس المفاصل وإنثنائها أثناء وضع الإنحناء. وهو وضع لا يساعد على المشي. ومن أسباب ذلك، الميل الطبيعي لإنحناء عظامنا وتكرورها أثناء النوم في الفراش إضافة إلى ثني الركبتين ومفصل الفخذ أثناء الجلوس.

ويهدف الوقاية علينا التعود منذ صغرنا أن نفرد جسمنا بكماله في أوقات محددة وأن نكرر هذا الأمر مرات عدة يومياً. يكون ذلك عبر الإستلقاء على البطن ورفع الذراعين بمحاذة الرقبة ومد الفخذين والساقيين أيضاً. يفضل في هذه الحالة أن تكون أقدامنا حرة خارج الفراش وأن تكون الساقان متبعدين قليلاً. كما يمكن استخدام وسادة تحت الرأس وجعل الوجه يميل لإحدى الجهات.

٣- قرح الفراش

«إبتدأت المشكلة مع ظهور إحمرار بسيط على الجلد لكننا لم نلحظه في حينه، ثم تكونت بثور تلاها قشرة سمراء... أصيب والدى بعدها بإرتفاع في درجة الحرارة، عرضناه على الطبيب فأوضح لنا أن سببها إلتهاب صديدي (فيجي) ناتج عن قرح الفراش تغطيها قشرة تصورنا خطأ أنها مرض جلدي بسيط».

قرح الفراش هو تغير بالجلد ناشئ عن تغذية قليلة بالدم للخلايا سببه الضغط على الأوعية الدموية، فتتفاعل عوامل عديدة وتحدث قرحاً بفعل الضغط أو الإحتكاك ورطوبة المكان.

كما يحدث الضغط نتيجة عدم تغيير الوضعية مما يؤثر كثيراً على الجلد وخصوصاً الموجود فوق العظام مثل عظام الإلية، العصعص، أعلى عظمة الفخذ، وحول الكعب، الحرقفة (رأس الورك)، أيضاً جانبي مفصل الركبة والكوع. كما يمكن أن يطال قرح الفراش أذن المسن إذا ما تعود النوم على جانب واحد فيكون جلد الأذن مضغوطاً بين الفراش وعظام الجمجمة.

يبدأ القرح على شكل إحمرار بالجلد، يليه موت خلايا الجلد وتقرحها وقد تصل هذه التغيرات تحت الجلد لتطال الأنسجة والعضلات. ويعتبر قرح الفراش من المضاعفات الكثيرة الحدوث أثناء رقاد المسن علماً أنها من المضاعفات التي يمكن منها والسيطرة عليها من خلال الإكتشاف المبكر لإمكانية حدوثها والمتابعة المستمرة لها.

ومن القروح الصعبة القرح الذي يظهر في منطقة العصعص في آخر العمود الفقري كونه مكاناً خفياً «بين الإلبيتين» وما يصاحب وضع الإصابة حين يكون المسن مصاباً بعدم القدرة على التحكم في التبرز فتتعرض هذه المنطقة للبراز الذي يحتوي على أنزيمات هاضمة تؤدي إلى تآكل الجلد وتعرض المنطقة المتقرحة منه للالتهابات البكتيرية.

الوقاية من قرح الفراش للمسن الرائد بالفراش:

- تغيير وضع الرقاد بالفراش كل ٣-٢ ساعات لتبديل أماكن الضغط على الجلد. ويستحسن أيضاً تغيير أوضاع الأطراف عدة مرات خلال هاتين الساعتين.
- تدليك خفيف للمناطق الجلدية المحيطة بالعظام لتنشيط الدورة الدموية بإستخدام كريم مرطب ولا ينصح بإستخدام سبيرتو لأنه يؤدي لجفاف الجلد ويزيد من إمكانية تشاققه.
- قيام راعي أو راعية المسن يومياً بمعاينة الأماكن المحتمل حدوث قرح فيها خصوصاً المنطقة بين الإلبيتين مع ملاحظة أي تغير حاصل في لون أو شكل الجلد. كما يستحسن غسل هذه الأماكن مرات متعددة غالباً بدون صابون الذي قد يسبب جفافاً في الجلد في حال كثرة إستخدامه.

■ **استخدام الوسائل المساعدة لتخفييف أو إزالة الضغط عن بعض الأماكن مثل استخدام العجلات المطاطية أو استخدام الوسادات بوضعها تحت الساق لرفع كعب القدم عن الفراش أو وضع وسادة بين الساقين لمنع إحتكاك عظام الركبتين ببعضهما. وفي حالات محدودة يمكننا استخدام قفاز طببي مطاطي مملوء بالماء يربط طرفه ويوضع تحت القرح بكعب القدم وفي حالات الرقاد المستمر ينصح بوضع فرشة هوائية على فراش المسن.**

■ **العناية بتغذية المسن وإعطاءه الكمية الكافية من المواد البروتينية والفيتامينات والسوائل حيث يساعد هذا النظام الغذائي على الوقاية والعلاج السريع لتقرحات الجلد.**

في حال ملاحظة حصول خدوش بالجلد أو وجود فقاعات ممتلئة بسائل شفاف تعتبر هذه المنطقة مصابة بقرح من الدرجة الأولى ولابد من أن يرفع الضغط عن هذه المنطقة تماماً حتى لا يتطور القرح ومراجعة الطبيب للمعاينة الحسية.

٤- المشكلات المرضية الشائعة للإبصار والسمع

يعاني عدد كبير من المسنين من مشكلات في حاستي النظر والسمع وقد تؤدي هذه المشكلات إلى عدم تحكم المسن في وظائفه الحياتية كما تؤدي إلى انعزاله عن البيئة المحيطة وإحتمال إصابته بالإكتئاب.

قالت لي مسنة كانت مصابة بصمم مؤقت «كنت أراكم تتحركون من حولي دون أن أفهم ما تريدون وكنت أشعر بالخوف وبأنني وحيدة تماماً».

يجب على المحظيين بالمسنين المصابين بتدھور في النظر أو السمع أن يكونوا شديدي الحذر لإحتمال إصابة المريض بالعزلة وأن يبذلوا جهوداً مضاعفة لموازنة التدھور الحالى في أحد الحواس بإعتماد أسلوب الإثارة المتعتمدة للحواس السليمة لتدريب المسن على استخدامها كبدائل وأن يعنوا باكتساب مهارات مختلفة للتواصل مع المسن بهدف تجاوز هذه الإعاقة.

«تنظر والدتي عودتنا من أعمالنا مساء وهي تحضر لنا العشاء... ومع بدء قدومنا الواحد تلو الآخر... يبدأ كل منا بقص روايته المعتادة عما جرى له ومعه خلال يوم العمل المرهق والمضني إلى أن يصل الجميع... ووالدتي تتبع على شاشة التلفزيون فيلماً عريباً قديماً... وكعادتها رفعت صوت التلفزيون عالياً بسبب مشكلتها السمعية المرافقـة لها منذ زمن... ونحن كعادتنا أيضاً نرحب في مناقشة الأوضاع السائدة والإستماع إلى نشرة

الأخبار... في الوقت الذي يرحب والدي في قراءة صحيفته بهدوء وبمعزل عن الضوضاء التي نتسبب لها بها... وقد سببت هذه الفوضى الإزعاج لوالدتي التي لم تتمكن من متابعة الفيلم العربي القديم... فعملت إلى تنظيم الأحاديث والمناقشات... بحيث مع إنتهاء الفيلم العربي نشاهد جميعاً نشرة الأخبار وفي فترات الإعلانات يقوم والدي بمتابعة قراءة الصحيفة... فأصبح الجميع بذلك مشاركون في كل حدث... ولم تعد والدتي ترفع صوت التلفزيون عالياً».

أ- حاسة الإبصار

ما يقلقنا جميعاً هو هاجس أن ترتبط شيخوختنا بتدور الإبصار أو الوصول إلى العمى. إنرتبط هذا القلق بالصورة النمطية للمسن المحنى الظهر الذي يتحسس طريقه بعصاه، ولشيوخ مشكلة ضعف الإبصار عند المسنين قبل التطور الطبي الحديث في علاج أمراض العيون. ومن أكثر الأمراض المسببة لتدور النظر شيوعاً:

■ الكاتراتكت: (Cataract) أو المياه البيضاء (الزرقاء) أو عتمامة العدسة التدريجية

يتميز هذا المرض بالتدور التدريجي للنظر على مدى شهور أو سنين وتظهر العدسة معتمة أو بيضاء اللون من خلال الحدقه. تصل العتمامة في مراحل المرض المتأخرة إلى درجة شديدة فيصبح المسن غير قادر على تمييز الأشياء أمامه وقد لا يرى إلا النور والظلام.

مرض الكاتراتكت من الأمراض القابلة للعلاج في كل مراحله. فيمكن مساعدة المريض بإستعماله نظارات طبية في مراحل المرض الأولى ثم بإجراء جراحة لإزالة العدسة المصابة لاحقاً.

يختلف موعد إجراء الجراحة من شخص لآخر حسب شخصيته وطبيعة النشاط الذي يمارسه، فيتم إجراءها مبكراً عند المسنين الذين يهتمون بالقراءة أو يحتاجون للرؤية الدقيقة لمباشرة أنشطة الحياة اليومية. ويمكن تأجيل العملية إلى حين تراجع الرؤية أكثر، ولكن لا بد من إجرائها في حال بدأ ضعف الإبصار يؤثر سلباً على أنشطة الحياة اليومية المتوقعة. ويعتبر الكاتراتكت من الأمراض القابلة للعلاج إذا لم يكن هناك من موانع لإجراء الجراحة ويعتمد العلاج على التشخيص السليم والمتابعة الطبية المنتظمة.

■ الجلوکاما: (Glucoma) إرتفاع ضغط العين أو المياه السوداء

تظهر الأعراض عادة بصور بسيطة على شكل إنعدام تدريجي للرؤية بأطراف المجال البصري وقد لا ينتبه المسنون لهذا العرض. وبوصول إنعدام الرؤية إلى المنطقة المحورية بسبب

عدم العلاج يبدأ المريض بالشكوى. وفي بعض أنواع الجلوكاما تكون الأعراض حادة على شكل ألم شديد وإنحراف وتورم بالعين مما يضطر المسن طلب معاينة الطبيب الذي يمكنه تشخيص الحالة بمجرد قياس ضغط العين. علماً أن الجلوكوما مرض قابل للعلاج الدوائي أو بالجراحة في حال التشخيص المبكر.

■ التهابات العين

يتعرض المسنون خاصة ضعاف الحركة والمناعة للتاهبات صديدية متكررة بالعين والجفون خصوصاً في فصل الصيف حيث يتکاثر الذباب الذي يقوم بنقل البكتيريا إلى العين. تظهر الأمراض في شكل إنحراف وتورم بالعين مع وجود إفرازات صديدية تخرج منها. هي حالة بسيطة، قابلة للعلاج بإستخدام الكمامات الفاترة والقطارات ومرادهم من المضادات الحيوية. ومن الوصفات الشعبية الشائعة استخدام الشاي البارد بدون سكر في تحضير كمامات تساعده على التخفيف من الإنحراف نتيجة للتأثير القابض لحمض التаниك الموجود في الشاي.

للوقاية من أمراض العيون تحتاج إلى الفحص الدوري للعين بما في ذلك قياس ضغط العين وفحص قاع العين. كذلك معاينة الطبيب في حال حصول أي أعراض غير مألوفة ويزداد هذا الأمر أهمية عند المرضى المصابين بإرتفاع ضغط الدم والسكري وتصلب الشرايين. هنا تجدر الإشارة إلى أهمية الوقاية بقدر الامكان من هذين المرضين قبل الوصول لسن الشيخوخة وذلك بالتدقية الصحيحة والحياة النشطة لتجنب الزيادة في الوزن.

ب- حاسة السمع

تزايد مشاكل حاسة السمع عند المسنين ومنهم خصوصاً سكان المدن وذلك بسبب عامل السن من جهة إضافة إلى الصخب المحيط من جهة ثانية حيث يؤدي هذان العاملان إلى إحداث درجات من الصمم.

ينقسم الصمم إلى نوعين: نوع ينشأ من مشكلات التوصيل الصوتي ونوع آخر ينتج عن تلف الأعصاب وقد يصاب المسن في حالات قليلة بالنوعين معاً.

في النوع الأول، تكون الأسباب عادة قابلة للحل مثل إنسداد الأذن بالصمغ، ثقب بطبقة الأذن، أو التهاب في الأذن الوسطى. ويتشكل عادة المسن من عدم سماع الأصوات الأضعف في حين يمكنه التقاط الأصوات الأعلى.

أما النوع الثاني فينشأ من ضعف بالجهاز العصبي فيبدأ من الأذن الداخلية وعصب السمع حتى يصل إلى المناطق المختصة بالسمع في المخ، عندها يشكو المسن من عدم فهم الكلمات التي تقال.

وهناك بعض الأدوية التي قد تسبب هذا النوع من الصمم. لا بد أن نكون مدركين لهذا في حال حدوث الصمم بعد مرض طارئ أو أثناء علاج معين خاصة بعض جرعات المضادات الحيوية ومدرات البول. وقد يسبب الأسبرين نوعاً من الصمم لكنه صمم مؤقت غالباً ما يزول بإيقاف إعطاء الأسبرين. وقد لا يشكو المسنون من ضعف السمع وذلك بسبب حدوث هذا الضعف تدريجياً إلا أن المحيطين بهم هم عادة من يلاحظون ذلك. ويحتاج المسن المصابة بضعف السمع إلى معاينة الطبيب المختص وإجراء عدد من الاختبارات لتحديد نوع الصمم وعلاجه.

من هم المسنون الذين يستفيدون من تركيب سماعة الأذن؟
المسنون الذين لديهم دافع وهم النشطاء الحريريون على الإتصال بالآخرين ذوي العقل اليقظ.
المسنون الذين يحصلون على الدعم من الأصدقاء والأسرة.
المسنون الذين يتحملون الأصوات العالية.

ومن الأشياء المساعدة في حالات الصمم الجزئي أن يعتاد المسن على قراءة حركة الشفاه وتعابير وجه المتحدث الامر الذي يتطلب التأكد من عدة أشياء ومنها:

- رؤية المسن لنا بوضوح.
- غياب عوامل التشوش البصرية والسماعية الأخرى.
- التحدث ببطء وبوضوح.
- محاولة التعبير بالوجه والجسد بما نحاول قوله للمسن.
- رفع الصوت أو خفضه تبعاً لاحتياج المسن.

ت- كيفية التعامل مع المسنين المصابين بصعوبات في الحواس:

قد تحدث صعوبات الحواس نتيجة تغيرات وظيفية أو مرضية وقد تكون الصعوبات قابلة للتحسين أو دائمة وفي هذه الحالة يحتاج المسن إلى:

- عدم نفسى من المحيطين به.
- محاولات دائمة لاختراق عزلته.
- إبداع وسائل بديلة للتواصل معه.
- التشجيع على ممارسة أنشطة لا تحتاج للحاسة التالفة.
- ملاحظة حدوث أعراض إكتئاب والتعامل معها بجدية.

٥- التشوش الذهني Psychosis

التشوش الذهني هو حالة تغيير مفاجئ في القوى العقلية للمسن سببه فизيولوجي أو مرضي أو ناتج عن تغيير في البيئة المحيطة. ينشأ التشوش الذهني بفعل نقص المرونة في العمليات العقلية وقد يصاحب الإعصار وهو حالة عارضة تتحسن تماماً بعد علاج سببها.

يعاني بعض المسنين من هذه المشكلة في وقت أو أكثر من أوقات حياتهم وقد يؤدي بهم إلى دخول المستشفى لعلاجها. وهي واحدة من المشكلات التي يساء فهمها من جانب الأهل وأحياناً من قبل الأطباء.

في كثير من الأحيان، يأتي لمقابلتي أبناء لمسن يطلبون مني إدخاله إلى قسم الرعاية الدائمة. وحين أسألهما عن السبب تكون الإجابة «إننا نعتقد أنه قد أصيب بمرض الأלצהيمر» منذ عدة أيام ونحن لا نستطيع التعامل معه». إذن لقد أسيء تقدير الحالة من جانب الأهل وكثيراً ما لا ينتبه الأطباء لبعض الأسباب البسيطة الفيزيولوجية التي تسبب التشوش الذهني فيكشفون المريض عدداً من الفحوصات والعلاجات غير المبررة كما قد يلجأون إلى إعطاء المهدئات التي قد تزيد من حدة المشكلة بدلاً من علاجها.

التشوش الذهني هو حالة حادة حيث يحدث تغيير مفاجئ في مستوىوعي المنسن وقدراته العقلية المعروفة سلفاً. ويزداد إحتمال حدوث التشوش عند المسنين المصابين بدرجات من القصور العقلي. يحدث التغير عادة خلال ساعات إلى أيام ويكون غير ثابت أي قد تتحسن هذه الحالة وقد تسوء بين آن وآخر. وتزداد الحالة عادة سوءاً في المساء عنها في الصباح. يظهر المنسن إضطراباً في الذاكرة الحديثة ويختلط عليه الأمر فيما يتعلق بالأشخاص والأماكن والزمن كما قد يصاب بلهلوسة بصرية وتهيج ولهذا السبب يظن الأشخاص المخالطين له أنه مصاب بالقصور العقلي المزمن أو بمرض الأלצהيمر.

أسباب التشوش الذهني

- حدوث مرض طارئ مثل الأمراض المعدية، الجلطات الدماغية، هبوط القلب الحاد، بداية غيبوبة مرض السكري، الأزمات الربوية والأنيميا الحادة.
- تعاطي بعض الأدوية خاصة المسكنات، الأدوية النفسية، أدوية الحساسية، أدوية الضغط، بعض المضادات الحيوية، والكحول.
- جفاف الجسم نتيجة عدم شرب كمية كافية من السوائل أو نقص سوائل الجسم نتيجة زيادة إدرار البول، العرق، وجود إسهال أو تقيء.
- إرتفاع أو إنخفاض حرارة المنسن أو الوسط المحيط به مثل: التشوش الذي يحدث عند إرتفاع حرارة الجو أو إنخفاضها الشديد.

- عدم النوم أو حدوث إحتباس في البول أو إمساك شديد.
- انتقال المسن من مكانه المألوف إلى مكان جديد قد يسبب له التشوش مثل الذهاب للمصيف أو الإنقال لشقة أحد أبناءه أو لدار للمسنين.
- وبمعرفة الأسباب يمكن لمن يخالط المسن إستبعاد أو توقع السبب ويمكن له مساعدة الطبيب أيضاً خلال سرد المتغيرات التي تحدث في حياة المسن.

الوقاية من أسباب التشوش الذهني الشائعة:

- تجنب التغيير المفاجئ في حياة المسن الذي نلاحظ إضطرابه مع التغيرات البسيطة.
- التأكد من عدم تعرض المسن لارتفاع أو إنخفاض حرارة الجو ومراعاة نوع الملابس والأغطية التي يستخدمها واستخدام المراوح أو الدفايات أو تكييف الهواء إن كان ذلك متاحاً.
- ملاحظة عدم ترك الأدوية في متناول المسن الذي يعاني من صعوبات في الذاكرة والحرص على متابعة أي تغيرات تحدث له عند تناول دواء لأول مرة.
- تناول كميات السوائل الكافية وتجنب حدوث إمساك والنوم عدد كاف من الساعات.
- معاينة الطبيب فور حدوث أي تغيير مفاجئ في القدرات العقلية للمسن.

٦- السلس البولي Urinary incontinence

«عندما بدأت لاحظ عدم تحكمي في التبول لجأت لوسائل عديدة لإخفاء هذه المشكلة. كنت أشعر بالحرج الشديد وبدأت أتجنب شرب السوائل والخروج من البيت. ظننت أن هذا من نتائج الشيخوخة، لكنني لم أكن أتصور أبداً أنها مشكلة قابلة للحل»...
هذا ما قالته سيدة تمكنت من التخلص من السلس البولي بالعلاج.

يعتبر السلس البولي من أكثر الأعراض إنتشاراً عند المسنين ومن أكثرها إهمالاً سواء من جانب المسنين أو الأطباء. ويؤدي السلس البولي إلى مضاعفات عدّة بدءاً من إنعزال المسن عن الحياة الإجتماعية وإنتهاء بقرح الفراش. فضلاً عما يكلف هذا المرض من إنفاق على الحفاظات الواقية. ويعتبر السلس البولي أحد أهم الأسباب للدخول إلى أقسام الرعاية الدائمة للمسنين. تعاني النساء من أنواع من السلس البولي بمعدلات أعلى بكثير من الرجال لكنهن

يطلبن المشورة الطبية في هذه الحالة بمعدلات أقل من الرجال. ولعل أهم أسباب ذلك هي:

- الخجل من التصريح بمشكلات الجهاز البولي والتناسلي.

- تسرب كميات قليلة من البول، في بعض الحالات، الأمر الذي يتم إهماله أو يتم تعامل النساء معه بإستخدام الحفاضات الواقية الخاصة بالدورة الشهرية بدلاً من إستشارة الأطباء.
- الإحساس بأن هذه الحالة هي جزء من الإعصار الطبيعي وأنها غير قابلة للعلاج.

السلس البولي ليس ظاهرة مصاحبة للإعصار لكنها دليل على وجود مرض جسدي ما أو عقلي تسبب في حدوث هذا العرض.

وقد يكون السلس البولي هو العرض الوحيد أو الأول لبعض الأمراض. لكن إحساس المسنين بالخجل من حدوث السلس البولي وربطه زيفاً بتقدم العمر قد يمنعهم من إستشارة الطبيب وبالتالي فرصة تشخيص المرض في الوقت المناسب.

هناك نوعان من السلس البولي: نوع مفاجئ حاد ونوع مزمن وكل منهما أسباب مختلفة عن الآخر.

أسباب السلس البولي الحاد:

- قلة الحركة وصعوباتها. حيث لا يستطيع المسن التحكم في التبول لحين الوصول للحمام نتيجة ضعف عضلات المثانة.
- التهابات المثانة أو الجهاز البولي الحادة.
- حدوث إمساك شديد.
- إزدياد إفراز البول في حالات مرض السكري وإستخدام الأدوية المدرّة للبول.

أسباب السلس البولي المزمن:

- ضعف عضلات الحوض والمثانة يحدث عند النساء مع تكرار الحمل والولادة، ونتيجة التغيرات الهرمونية مع إنقطاع الدورة الشهرية.
- إنسداد عنق المثانة بحصوة أو ورم أو في حالة تضخم البروستات عند الرجال.
- أمراض الجهاز العصبي والقصور العقلي المزمن.

الأعراض التي يظهر بها السلس البولي:

تسرب كميات صغيرة من البول عند القيام بجهود مفاجئ مثل الكحة، الضحك، العطس أو الحزق، تسرب كميات قليلة بشكل دائم من المثانة أو عدم القدرة على التحكم في التبول عند إمتلاء المثانة لحين الوصول إلى دورة المياه.

ماذا نفعل عند حدوث سلس بولي:

- الحديث عن المشكلة مع المقربين إلينا وعدم الخجل.
- مراجعة الطبيب ويفضل المتخصص في المسالك البولية أو الأمراض النسائية أو أمراض المسنين.
- إسترجاع التاريخ المرضي عند الذهاب للطبيب خاصة الولادات والجراحات السابقة.
- إطلاع الطبيب بدقة على طبيعة المرض وكمية البول المتسرّب ومن المستحسن أن نعطي أنفسنا فرصة يوم أو يومين لمراقبة ما يحدث لنا وتسجيل ذلك كي لا ننسى.
- إطلاع الطبيب المعالج على الأدوية التي نتناولها لمراجعة مدى ارتباطها بالحالة. وكذلك أي تحاليل تم عملها سابقاً.

في الحالات التي يكون فيها ضعف عضلات الحوض أو المثانة مسبباً للسلس البولي تستفيد المرأة جداً من تدريبات المثانة وتدريبات عضلات الحوض. تحتاج هذه التمارين إلى الإستمرارية لمدة زمنية حتى نحصل على نتيجة.

وسائل تساعدنا على التحكم في السلس البولي:

١) تمارين المثانة:

- تعتمد على تدريب المثانة على الإنقباض ودفع البول بشكل منتظم كالتالي:
١. الذهاب للحمام بمجرد الإستيقاظ.
 ٢. التبول كل ساعتين خلال فترة النهار.
 ٣. التبول قبل النوم مباشرة.
 ٤. التبول كل ٤ ساعات ليلاً.

عندما يبدأ تحسن الحالة نزيد فترة عدم التبول تدريجياً حتى نصل لمرحلة التحكم في التبول. يحتاج هذا التمارين لضبط منبه كل مرة على الموعد التالي.

٢) تمارين كيجلزس للحوض:

تعتمد التمارين على تقوية عضلات الحوض الداخلية. لا يمكن رؤية عضلات الحوض الداخلية لكننا نحس بها. إننا نستخدم هذه العضلات لإيقاف عملية الإخراج والتبول وهو بالضبط ما نكرره لتمرين العضلات.

كل المطلوب فعله هو أن نجلس باسترخاء ونقبض عضلات الحوض وليس عضلات البطن وكأننا نحاول إيقاف عملية التبول ثم نسمح للعضلات بالإرخاء ونكر هذه العملية ٢٠ مرة، ثلاث مرات يومياً ويجب أن لا نمنع تنفسنا أثناء إجراء التمرين أي أن نتنفس براحة وإنظام.

٣) التدريب على التفريغ الكامل للمثانة:

في بعض حالات السلس البولي لا يمكن للمسن تفريغ المثانة بالكامل مما يؤدي لبقاء كمية دائمة من البول فيها تزيد من إحتمالات حدوث الإلتهابات البولية وتزيد من السلس البولي.

ومن الأمور التي تساعده على التفريغ الكامل للمثانة:

١. محاولة تفريغ البول مرة ثانية بعد الانتهاء من التبول.
٢. الإنحناء للإمام أثناء التبول والضغط على منطقة أسفل البطن باليد.
٣. فتح صنبور ماء بجانب المسن عند دخول الحمام للتبول.

يستحسن التأكد من شرب كمية السوائل المناسبة صباحاً والتوقف عن شرب السوائل بعد المغرب عند المسنين الذين يعانون من السلس البولي ليلاً. ويفضل التقليل من شرب الشاي والقهوة بعد الظهر كون هذه المشروبات تدر البول.

التأكد من قرب الحمام للمسن وسهولة الوصول إليه ويستحسن إضاءته ليلاً إضاءة خافتة. وضع نونية أو مبولة بجوار فراش المسن الذي يصعب عليه الوصول للحمام.

في بعض الحالات، وعندما يكون فيها السلس البولي كاملاً لا بد من اللجوء للحفاضات الخاصة وهي للأسف ما زالت مكلفة وليس في إمكانية الجميع توفيرها. ولكنها تتمتع بميزة النسيج الماصل للبلل الذي يبطئها فيقلل من إحتمالات التعرض لقرح الفراش.

٧- الإمساك

الإمساك مشكلة شائعة في مرحلة كبر السن حتى أنها تحول إلى طريقة للحياة لا يشكوا منها المسن لمعارفه أو لطبيبه. لقد ألفت أن اسمع هذه الإجابة تكراراً من المرضى عند سؤالهم عن عادة الإخراج: «مرة كل أربع أو خمس أيام». والحقيقة أن الإمساك ليس فقط طول الفترة السابقة للإخراج ولكنه أيضاً الوقت الذي تقضيه في الحمام حتى نتمكن من الإخراج ومدى المعاناة والمجهود الذي نبذله حتى نحقق هذه الغاية.

وللامساك أسباب عديدة بعضها وظيفي وبعضها الآخر مرضي منها:



- قلة حركة الجهاز الهضمي مع الإعصار.
- ضعف عضلات البطن.
- قلة حركة المسن والرقد لفترات طويلة.
- عدم الإهتمام بشرب كمية كافية من السوائل.
- قلة الألياف في الأكل نتائج صعوبات المضغ.
- ضعف الشهية وقد يكون له سبب مرضي.
- أمراض الأمعاء والشرج خاصة حدوث ألم أثناء التبرز.
- نقص إفراز الغدة الدرقية ومرض السكري.
- الإكتئاب والقصور الذهني.
- الأدوية المضادة للتقلصات، بعض المسكنات، أدوية السعال، مضادات الاكتئاب، بعض مضادات الحموضة والحديد.

كيف نتعامل مع المشكلة:

لابد أولاً من التأكد من عدم وجود سبب مرضي لذا لابد من مقابلة الطبيب بهذا الشأن.

وسائل المساعدة على الإخراج:

- شرب كمية كافية من السوائل مع كل وجبة وبين كل وجبتين. وقد وجد بعض المسنين أن البدء بشرب كوبين من الماء صباحا قبل الإفطار، هي من العوامل المساعدة على الإخراج، وتزداد أهمية شرب السوائل مع ارتفاع حرارة الجو في بلادنا.
- زيادة كمية الألياف في الأكل، وفي حال عدم القدرة على المضغ الذي يمنعنا عادة من تناول السلطة الطازجة يتم هرس هذه الخضروات أو تقطيعها قطعاً صغيرة جداً على طريقة التبولة اللبنانيّة. أما الخضروات الناضجة واللحوم فيتم تسويتها جيداً كما يمكن هرسها أو فرمها عند اللزوم. كما يمكن إضافة الردة (الخميرة) إلى بعض المأكولات مثل الزبادي (اللبن) وهناك أقراص مصنعة من الردة المضغوطة لنفس الغرض.
- تدريب أنفسنا على دخول الحمام بشكل منتظم وثابت مثل دخول الحمام بعد وجبة معينة للإستفادة من زيادة حركة الأمعاء التي يسببها الطعام. لقد لاحظت أن هناك خبرات متعددة لدى المسنين في هذا المجال. لقد حكت لي سيدة مسنة أنها تدخل الحمام بسلامة

بعد شرب كوب القهوة الصباحي. بل إن لرائحة البن نفس الأثر عليها. وحكت لي سيدة أخرى أن دخولها الحمام يرتبط بأكل نوع معين من التوابل الحريفة التي تضيفها لطعامها. ولا بأس من أي عادة تساعد على قضاء الغرض ما دام ليس لها أضرار ويمكن مناقشة ذلك مع الطبيب.

- المشي المنتظم والرياضة. وتفيد رياضة عضلات البطن كثيراً المسنين غير القادرين على المشي. ومن أفضل التمارين الرياضية ركوب الدراجة أو تقليد حركة ركوب الدراجة ونحن مستلقين على ظهرنا.
- عدم اللجوء إلى تناول الأدوية المسهلة بأنفسنا أو بشكل منتظم ودون مشورة الطبيب. يقتصر استخدام المسهلات على حالات معينة ولفترات قصيرة إن أمكن حتى يتم التعود على التبرّز تلقائياً.

٨- فقدان التوازن والسقوط

يتعرض حوالي ثلث المسنين للسقوط مرة كل عام ويزداد الإحتمال مع زيادة الإنعام. كما تزيد المضاعفات الناشئة من السقوط كلما زاد العمر. قد يؤدي السقوط من جهة إلى كسر الفخذ أو الحوض أو الساعد في حال وجود هشاشة العظام ومن جهة ثانية إحتمال حدوث جروح ورضوض في الجسم وتزف تحت أغشية المخ وقد يتسبب في إنعدام حركة الممسن نتيجة الخوف من السقوط مرة أخرى وفقدان الثقة بالنفس. وللسقوط أسباب متعددة، قد يسقط شخص لأكثر من سبب أو عامل معاً. علماً أنه يمكن تلافي الكثير من هذه العوامل وبالتالي التقليل من إحتمالات المراضة والوفاة نتيجة السقوط.

يعاني المسنون المهددون بالسقوط عادة من أحد المشاكل المرضية التالية:



- صعوبة الحركة ووجود آلام بالمفاصل.
- مشاكل التوازن.
- ضعف النظر.
- قلة مرونة العضلات خاصة عضلات الظهر والرقبة.
- ضعف مفاصل الأطراف السفلية، الركبة والفخذ والقدم.
- إضطرابات ضغط الدم.
- تدهور الحالة العقلية.
- الإكتئاب.
- الأدوية المتعددة.

الأسباب البيئية للسقوط

- الضوء المعتم مع وجود وهج، أو أضواء قوية مواجهة.
- الأثاث الخفيف والقليل الإرتفاع وغير المستقر.
- عدم وجود مساند أثناء الحركة.
- وجود درجات سلالم داخل المنزل والمنازل ذات الإرتفاعات المختلفة.
- الأرضيات الزلقة والمبللة.
- السجاجيد والبسط غير الثابتة.
- وجود لعب أطفال أو أسلاك على الأرض.

قد يسبب السجاد والموكيت المنقوش بنقوشات هندسية معينة نوع من الزغالة للمسنين وبالتالي فقدان الإتزان. وفي معظم الحالات التي يحدث فيها السقوط لأول مرة تكون الأسباب البيئية أكثر إحتمالاً. أما في حالة تكرار السقوط فيزيد إحتمال الأسباب الوظيفية والمرضية.

التعامل مع المشكلة:

- ضرورة مقاولة الطبيب إذا ما تكرر السقوط.
- مراجعة الطبيب عند حدوث أي أعراض بعد السقوط مثل الألم أو التشوش أو التورم بأي منطقة، أو إذا لاحظنا أن المسن حين ينام بالفرش تميل إحدى قدميه للدوران للجانب الخارجي أو تبدو الساق أقصر من الساق الأخرى لاستبعاد حدوث الكسور في العظام.
- التأكد أن بيئة المسن خالية من العوائق التي سبق ذكرها.
- استخدام أدوات مساعدة على الإتزان مثل العصا ذات النهاية العريضة أو المشاية عند الحاجة لها. ولابد من تشجيع المسن على استخدامها وتقبلاها. لقد لاحظت أن بعض المسنين يفضلون استخدام كرسي بلاستيكي خفيف ينقلونه أمامهم أثناء المشي ولا ياس بهذا ما دام يفي بالغرض.
- لابد من مراعاة الخيط الرفيع ما بين الأمان الشخصي وفقدان الإستقلالية. فأغلبنا لا يرضى فقدان استقلاليته وفاعليته مقابل الأمان التام. والحياة نفسها هي مواجهة مستمرة للمخاطر وحين يرفض المسن الحدود الصارمة للأمان يجب إحترام رغبته ما دامت قواه العقلية تسمح بالإختيار وعلينا أن نحاول التفاوض معه لقبول بعض درجات الأمان لو أمكن.

٩ - الإفراط الدوائي

يعاني المسنون من أمراض متعددة وتزداد الشكاوى المرضية أحياناً بداع من الفراغ والإكتئاب وربما لجذب إنتباه الأقارب الذين تبعدهم مشاغلهم عنهم.

ما زال بعض الأطباء يشعرون بأهمية كتابة وصفة طبية لكل عرض يشكو منه المريض. وإنه لمن النادر جداً أن يخرج شخص ما من عيادة الطبيب دون أن يحمل في يده وصفة طبية فيها أكثر من دواء، فما بالنا بسيدة مسنة تذهب إلى طبيب القلب وطبيب العظام وطبيب الجهاز الهضمي نجدها قد حصلت على تسعه أدوية على الأقل. وإذا مرت أيضاً على طبيب الأعصاب والأمراض الجلدية و... فما رأيكم الآن كم ستكون الحصيلة؟!!

هذه إحدى جوانب المشكلة. أما الجانب الآخر فهو كيف ستتمكن هذه السيدة من ترتيب مواعيد وأوقات تناول هذه الأدوية. كيف ستتضمن أنها لن تتناول نفس الدواء مرتين وعن طريق الخطأ. تفشل الكثيرات من السيدات في صباحهن في تذكر تناول حبة واحدة ليلاً «حبوب منع الحمل» مما حمل الشركات على إنتاج الشرائط المكتوب عليها أيام الشهر كاملاً. ما هو حال سيدة بعد الستين وهي بحاجة لتناول عشرات الأقراص في مواعيد كثيرة مختلفة فهذا قبل الطعام وهذا وسطه وهذا بعده أما ذاك فيؤخذ بين الوجبات أو قبل النوم.

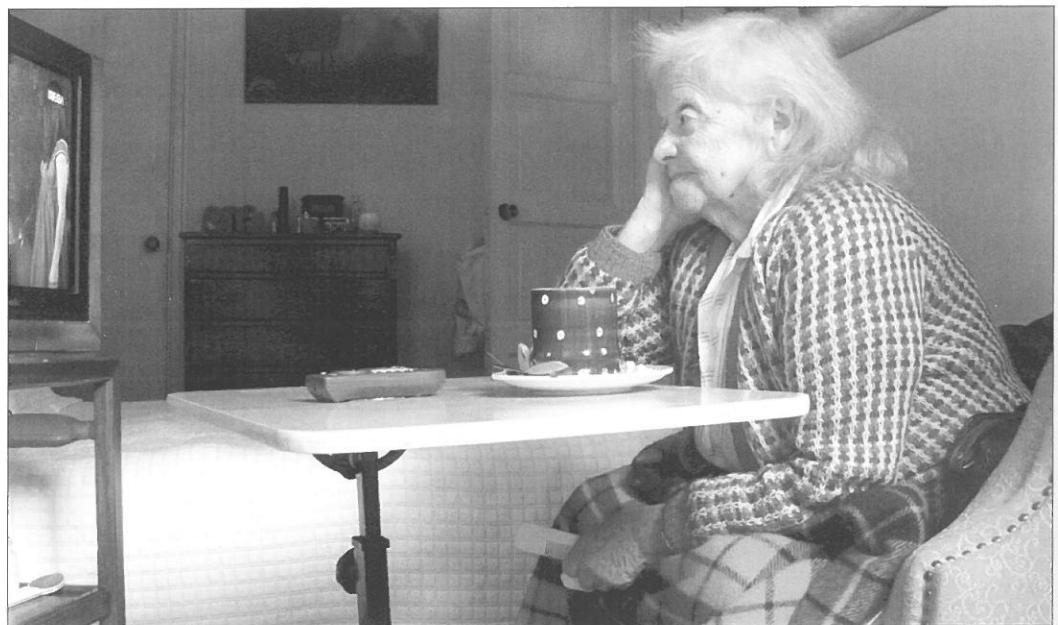
هناك جانب ثالث للمشكلة هو تفاعل كل هذه الكيماويات مع بعضها والخوف من الآثار الجانبية لها وكيفية تعامل أعضاء المسن مع هذا الدواء نظراً لوجود تغيير في قدرة الأعضاء على التعامل مع الدواء وإخراجه مع الإعمان.



إن مشكلة الإفراط الدوائي هي مشكلة النظام الصحي بالأساس حيث لا يتتوفر في معظم بلادنا أسلوب موحد للإحالات أو حفظ ملفات المرضى بحيث يعرف كل طبيب ما وصفه الطبيب من الإختصاص الآخر. ومن المشكلات الشائعة أنه قد يعاني المريض من آثار جانبية لدواء جديد معين فيلجاً لطبيب آخر فيصف له دواء آخر مع إحتمال حدوث آثار جانبية جديدة.

المسنون الأكثر تعرضاً لمشكلات الدواء

- المسنون الذين يسكنون وحدتهم.
- المسنون الذين يتبعهم أطباء متعددين.
- المسنون الذين يعانون من ضعف في الذاكرة.
- المسنون المصابون بضعف الإبصار.
- المسنون ذوي الأهداف غير الواقعية حول صحتهم.



كيف نتجنب الإفراط الدوائي:

- إطلاع الطبيب على كل الأدوية التي تتناولها قبل كتابة وصفة دواء جديدة.
- مراجعة الطبيب إذا ما ظهرت أي أعراض خلال إسبوعين من تناول دواء جديد للتأكد من أن الأعراض الجديدة غير مرتبطة بالدواء.
- قراءة الإرشادات الموجودة في علبة الدواء وتحديداً ما يخص التفاعلات الدوائية والآثار الجانبية ولا تخجل من مناقشة أي شكوك لدينا مع الطبيب المعالج.
- مراعاة الوضوح الشديد في وصف الأعراض للطبيب وإشعاره أننا لم نأت ليصف لنا دواء ولكن لاستشارته حول خ特ورة الأعراض.
- سؤال الطبيب عندما يصف دواءً جديداً: كم من الوقت سنستمر في تناول هذا الدواء؟ إذ أنني رأيت الكثير من المرضى منتظمون في تناول أدوية كان من المفترض وقف تعاطيها منذ زمن لأنها مرتبطة بعلاج حالة طارئة شفي منها المريض تماماً.



محتويات الفصل الثالث

٦٠	الوقاية من الأمراض والتعامل معها	—
٦٠	١- أمراض شرايين القلب التاجية	
٦٠	■ الذبحة الصدرية	
٦١	■ جلطة الشريان التاجي	
٦١	■ عوامل الخطر لأمراض الشرايين التاجية	
٦٢	■ الوقاية والتعامل مع أمراض الشرايين التاجية	
٦٣	٢- إرتفاع ضغط الدم	
٦٤	■ عوامل الخطر التي تؤدي إلى إرتفاع ضغط الدم	
٦٤	■ الوقاية والتعامل مع إرتفاع ضغط الدم	
٦٥	٣- إرتفاع دهون الدم	
٦٥	■ عوامل الخطر لإرتفاع دهون الدم	
٦٥	■ الوقاية والتعامل مع إرتفاع دهون الدم	
٦٦	٤- الأورام الخبيثة	
٦٦	■ الأورام الشائعة عند المسنين	
٦٧	■ عوامل الخطر التي تؤدي إلى إرتفاع معدلات الأورام	
٦٧	■ الوقاية من الأمراض السرطانية	
٦٨	■ التعامل مع السرطان عند التعرض له	
٦٩	٥- مرض السكري	
٦٩	■ عوامل الخطر لمرض السكري	
٧٠	■ الوقاية والتعامل مع مرض السكري	
٧٠	■ الوقاية من المضاعفات	
٧١	■ العناية بقدم مريض السكري	
٧٢	٦- هشاشة العظام	
٧٣	■ عوامل الخطر لهشاشة العظام	
٧٣	■ الوقاية من هشاشة العظام	
٧٥	٧- إلتهابات المفاصل	
٧٥	■ أمراض المفاصل الشائعة	
٧٦	■ عوامل الخطر لأمراض المفاصل	
٧٦	■ التعامل مع أمراض المفاصل عند التعرض لها	
٧٨	— كيفية الوقاية من الأمراض	
٧٨	١- الغذاء الصحي والحفاظ على الوزن	
٨٣	٢- المسنون والرياضة	
٨٤	٣- الإجراءات الطبية الوقائية	

الوقاية من الأمراض والتعامل معها

ليس حتمياً أن يصاب الإنسان بالأمراض خلال مرحلة الشيخوخة. إذ بإمكان كل منا تجنب العديد من الأمراض عن طريق تجنب عوامل الخطر واعتماد نمط صحي سليم في الحياة. وكما ندخل المال في شبابنا لتجنب العوز فيشيخوختنا علينا أيضاً أن نحرص على بيئة صحية وغذاء متوازن وحياة ناشطة لنجتازها بـأعمار ناجح. ويبقى أن نعلم أن للأمراض أدوات متعددة وأننا لسنا مسؤولين مسؤولية كاملة عن حدوث بعضها فلا نلوم أنفسنا على حدوثها مادمنا قد أخذنا بالأسباب الوقائية الالزامـة.

يتناول هذا الفصل بعض الأمراض المنتشرة عند كبار السن وأهم أعراضها وعوامل الخطر وماذا علينا أن نفعل لمنع المضاعفات المتوقعة. كما سيتم التركيز على اختلاف الصورة المرضية عند النساء منها عند الرجال إن وجد، كذلك على بعض المعتقدات الخاطئة الشائعة. وسنناقش بعض التفصيل كيفية الوقاية من تلك الأمراض.

١- أمراض شرايين القلب التاجية

تعتبر أمراض الشرايين التاجية السبب الأول لوفيات المسنين في العالم أجمع. وتبيّن المؤشرات أن النساء لا يلقين نفس الإهتمام الطبي في حال إصابتهن بأمراض القلب إن من ناحية التشخيص أو العلاج. تصب هذه الأمراض الرجال أكثر من النساء قبل سن الخمسين وفي مراحل الشيخوخة المتأخرة تزيد نسبة حدوثها عند النساء عن الرجال.

تنقسم أمراض الشرايين التاجية إلى نوعين: الذبحة الصدرية Angina Pectoris والجلطة الشريانية القلبية Myocardial Infarction.

الذبحة الصدرية

هي الألم الناتج عن عدم وصول كمية كافية من الأوكسجين إلى عضلة القلب بسبب ضيق الشرايين التاجية التي تغذيها. يحصل هذا الألم أثناء أداء مجهود بدني أو إنفعال نفسي فتزداد ضربات القلب وتحتاج العضلة لمزيد من الأوكسجين للإستمرار في العمل.

يحدث الألم عادة بصورة نمطية في المنطقة الوسطى من الصدر أو أسفل الضلوع ويوصف بأنه ثقل أو عصر أو ضغط ويكون ثابتاً في مقداره، ويشعر المريض بإرتداده في الكتفين أو الرقبة والظهر. تظهر الآلام مع المجهود أو الإنفعال وتحتفى تماماً ويتشكل مفاجئ مع الراحة

أو في حال تناول أقراص موسعة للشرايين التاجية ويستمر الألم لدقائق معدودة. قد تكون أعراض الذبحة الصدرية غير نمطية في النساء إذ يشعرن بالألم في أيسر الصدر أو البطن أو خلف الذراع وقد يختلف وصفهن لطبيعة الألم أو لفترة إستمراره. يميل الأطباء في هذه الحالات إلى اعتبار الحالة النفسية مسؤولة عن الأعراض. لذلك من الأهمية بمكان متابعة إستجابتنا للعلاج ومناقشة الطبيب المعالج عن حاجتنا لإجراء الفحوصات المناسبة للتأكد من طبيعة المرض.

«سردت لي مريضة عمرها ستون عاماً القصة التالية فأوضحت صورة للأعراض المرضية غير النمطية» بدأت أشعر منذ مدة بألم في معدتي مع غثيان، كنت أشعر بالألم في أوقات متعددة من اليوم... وكثيراً ما كان يحدث لي بعد تناول الطعام... بعد الكشف على، لم يجد الطبيب سبباً لذلك فوصف لي دواء للمعدة ثم للمرارة مع بعض المهدئات لكنني لم أشعر بالتحسن... عندئذ طلب مني إجراء تخطيط قلب وفحص الجهد فإذا تضخت عندها إصابتي بالذبحة الصدرية».

جلطة الشريان التاجي

هي موت بعض عضلات القلب نتيجة لإنسداد أحد الشرايين المغذية لها. مما يسبب المما مستمراً بالصدر أو إضطراب في ضربات القلب مع صعوبة بالتنفس أو تورم الأطراف نتيجة حدوث هبوط في القلب Heart Failure. قد تختلف الصورة عند المسنين وتكون الشكوى الأساسية في حدوث تشوش عقلي مفاجئ مع تصيب عرق غزير والشعور بإرهاق شديد، مما يسبب لبساً للمحيطين بهم. إن فهمنا للعوامل التي تساعده في حدوث أمراض الشرايين التاجية يساهم إلى حد كبير في تحنب الإصابة بهذه الأمراض.

«أصيب والدي بهياج شديد لدرجة أنها استدعينا طبيباً نفسياً، هذا ما قالته سيدة شخصت حالة والدها بعد ذلك على أنها جلطة في الشريان التاجي».

عوامل الخطر لأمراض الشرايين التاجية

من عوامل الخطر التي تصيب الرجال والنساء على حد سواء:

- إرتفاع ضغط الدم.
- إرتفاع نسبة الكوليسترول وإختلال نسب دهون الدم النوعية.
- قلة الحركة.

■ السمنة.

■ مرض السكري.

■ التدخين.

وهناك عوامل خطر تخص النساء دون غيرهن مثال:

- إنقطاع الدورة الشهرية وتناقص هرمون الأستروجين في الدم.
- إرتفاع ضغط الدم عند بعض النساء نتيجة لاستخدام حبوب منع الحمل.
- الإستجابة الإنفعالية لضغط الحياة.

الوقاية والتعامل مع أمراض الشرايين التاجية

- ممارسة التمارين الرياضية: تحسن التمارين الرياضية قدرة القلب على بذل الجهد واستهلاك الأوكسجين. إن المشي بنشاط لمدة ثلث إلى نصف ساعة يومياً يقلل من إحتمال حصول أزمات قلبية بنسبة ٥٠٪ إذ تزيد الرياضة من كفاءة الشرايين التاجية من خلال تنشيط شبكة الشرايين الفرعية التي تعوض عن تضيق أي من الشرايين الرئيسية لذا ينصح المرضى المصابون بالذبحة الصدرية بالمشي يومياً مع ملاحظة التوقف للراحة بين آن وأخر.
- السعي لإكتساب عادات غذائية سليمة لتخفيض الضغط ودهون الدم، وعلاج الأنيميا، إن وجدت، لإتاحة المجال للدم المغذي للقلب أن يكون محملاً بالكمية الكافية من الأوكسجين.
- العمل على الإكتشاف المبكر وعلاج إرتفاع الضغط وإختلال نسبة دهون الدم ومرض السكري.
- استخدام وسائل التأقلم وتقليل حدة ردود أفعالنا تجاه توترات وضغوط الحياة اليومية. يلجأ بعض الناس إلى إعتماد وسائل غير صحية لتقليل الشعور بالتوتر كالشرع في التدخين، شرب الكحول أو الإكثار من الأكل فتزيد بذلك معدلات عوامل الخطر للإصابة بأمراض القلب.

دعونا نستعرض بعض الوسائل المبتكرة لإنهاء التوتر ومنها ما سمعته من سيدة تقول:

« حين تزداد ضغوط الحياة وأجدني حائرة أعيد ترتيب دولاب ملابسي وأتخلص من بعض الملابس القديمة: أما إذا زاد التوتر جداً فإني أبدأ في نقل بعض قطع الأثاث من أماكنها وقد أغير شكل المنزل تماماً ».

وفي المنازل التي تحيط بها حدائق، تعتبر العناية بتلك الحدائق أحد الأساليب التي تساعد على التخفيف من القلق النفسي. إضافة إلى أن ممارسة هواية نشطة كالنجرارة، الخياطة، التطريز وغيرها تساعد على إمتصاص التوترات اليومية.

وسائل أخرى تساعد على الإسترخاء:

- ممارسة رياضة تأملية مثل اليوجا.
- المشي النشيط أو القيام بجهود بدنية.
- الاستماع للموسيقى.
- الاستغراق في قراءة المواضيع الدينية أو الأدبية.
- المشاركة في نشاط اجتماعي.

إنصح أن استخدام حبوب منع الحمل المحتوية على هرمون الأستروجين والبروجسترون قد يؤدي إلى ارتفاع الضغط عند حوالي ٢٠٪ من النساء. لذا نجد أنه من الهام لكل سيدة تتناول هذا العقار متابعة ضغط دمها بشكل منتظم. ورغم هذا فقد استقر رأي العلماء على أن لهرمون الأستروجين تأثير وقائي على النساء من الأزمات القلبية. يبقى أن استخدام الهرمونات التعويضية هو قضية يمكن لكل امرأة أن تناقشها مع طبيتها.

٢- إرتفاع ضغط الدم

يرتفع ضغط الدم عادة مع التقدم في العمر. ويعاني واحد من بين كل ثلاثة أشخاص فوق الخامسة والستين من إرتفاع الضغط. إن إرتفاع ضغط الدم هو أحد الأمراض الكامنة، فالنسبة الأكبر من المرضى لا تعاني من أعراض محددة. بينما تشكو النساء الأقل من المرضى من لهاث، صفير في الأذن، نزيف من الأنف أو نوبات من الدوار والصداع. ومن الأخطاء الشائعة أن يتصور بعضنا أن الصداع هو المؤشر الأهم لإرتفاع الضغط، في حين يؤدي ألم الرأس أحياناً إلى إرتفاع مؤقت بضغط الدم ويزول بزوال الألم.

لقد سمعت التعليق التالي مراراً: «الصداع يقتلني... ناويوني يا ابني أعراض الضغط». قد يبقى إرتفاع الضغط صامتاً لفترة طويلة قبل إكتشافه أثناء الفحص الطبي لسبب آخر أو عند حصول مضاعفات. ومن الخطأ اعتبار أننا مصابون بهذا المرض من أول قراءة مرتفعة للضغط. فالتشخيص السليم يعتمد على قياس الضغط مرات متعددة وفي ظروف مختلفة حيث يمكن أن يرتفع الضغط مؤقتاً لأسباب غير مرضية.

يؤدي إرتفاع الضغط إلى مضاعفات خطيرة مثل:

- الجلطات الدماغية والنزيف.
- أمراض الشرايين التاجية وهبوط القلب.
- الفشل الكلوي.
- مشاكل في الإبصار.

عوامل الخطر التي تؤدي إلى إرتفاع ضغط الدم:

- زيادة ملح الطعام (أملاح الصوديوم) بالأكل وقلة أملاح البوتاسيوم والكالسيوم في الطعام (وذلك فقط عند الأشخاص ذوي الحساسية المرتفعة لملح الطعام).
- زيادة وزن الجسم عن المعدل الطبيعي.
- التوتر والضغط اليومي.
- التدخين.
- قلة الحركة.
- شرب الكحول.
- الأدوية الهرمونية مثل حبوب منع الحمل والكورتيزون.

الوقاية والتعامل مع إرتفاع ضغط الدم:

يعتبر مرض إرتفاع الضغط من الأمراض التي تستوجب متابعة طبية مستمرة إلا أنه يمكننا الوقاية منه والمساعدة على تقليل ضغط الدم بأساليب علاجية غير دوائية بعد استشارة الطبيب كما يلي:

- السعي لتخفيض الوزن الزائد بهدف الوصول إلى المعدل الطبيعي: يمكن إحتساب هذا المعدل بصورة بسيطة بمعرفة طولنا وإنقاص 100 من الرقم. حين يكون طول المرأة 160 سم يكون الوزن المثالي هو 60 كجم. أما إذا كان وزننا يفوق المعدل علينا عندها إتباع خطة عملية لإإنقاص الوزن (عند السعي لخسارة الوزن، على المسن إستشارة إختصاصية تغذية وذلك لتفادي أي نقص في المغذيات).
- تناول الأغذية قليلة الملح.
- عدم زيادة الملح إلى الطعام وإستخدام الحامض أو الخل أو الثوم أو الزيت أو الأعشاب لإضفاء النكهة على الأكل بدل الملح.
- التقليل من الأغذية والعصائر المحفوظة والمياه الغازية كونها تحتوي على أملاح الصوديوم الأخرى مثل بنزوات الصوديوم.
- تناول كمية مناسبة من أملاح البوتاسيوم وهذه الأملاح متوفرة في الفواكه وخاصة الموز والموالح والطماطم (البنادرة) علماً أن وضع بعض ثمار البطاطا في الشوربة يرفع نسبة البوتاسيوم فيها جداً.
- ممارسة الرياضة بطريقة منتظمة ويومية تقلل الوزن وتحتفظ التوتر ودهون الدم.
- المتابعة الطبية المنتظمة للتأكد من ضبط الضغط وعدم حصول مضاعفات. كما يمكننا استخدام أجهزة قياس الضغط المنزلية شرط أن نتأكد من قياساتها دورياً مع قياس الطبيب.

من الأخطاء الشائعة أن يقوم المسن بإيقاف العلاج الدوائي من تلقاء نفسه عندما يخبره الطبيب أنه قد تم ضبط الضغط أو عندما تتحسن الأعراض. يؤدي إيقاف بعض الأدوية إلى إرتفاع شديد في الضغط وقد تحدث مضاعفات نحن في غنى عنها.

٣- إرتفاع دهون الدم

تحتوي دمائنا جمِيعاً على نسبة من الدهون على شكل مركبات مختلفة منها الكوليستيرول والدهون مرتفعة ومنخفضة الكثافة.

وهناك توازن طبيعي بين عناصر هذه الدهون. فعندما يختل هذا التوازن يتربس الكوليستيرول على جدران الأوعية الدموية ويؤدي إلى تصلب الشرايين وإرتفاع ضغط الدم واحتمال حصول جلطات في الشرايين الحيوية في الجسم.

ويعتبر ارتفاع نسبة الكوليستيرول والدهون منخفضة الكثافة من عوامل الخطر لتصلب الشرايين في حين يساعد إرتفاع نسبة الدهون مرتفعة الكثافة على حماية الشرايين من التصلب.

عوامل الخطر لارتفاع دهون الدم:

- السمنة.
- مرض السكري.
- قلة الحركة.
- الغذاء غير المتوازن.
- قلة إفراز هرمون الغدة الدرقية.
- بعض أمراض الكبد والكلى.

الوقاية والتعامل مع إرتفاع دهون الدم:

تعتمد الوقاية بالأساس على إتقاء عوامل الخطر كالحفاظ على الوزن، الرياضة المنتظمة، الغذاء الصحي والإكتشاف المبكر للأمراض:

- يجب أن يحتوي الغذاء على كميات وفيرة من الكربوهيدرات المركبة وهي موجودة في طحين الحبوب المختلفة مثل القمح، الشوفان، الذرة، الحبوب الكاملة غير المقشورة، البقوليات والبطاطا وأن يحتوي على كمية قليلة من السكريات.
- يجب تقليل كمية الدهون في الغذاء بشكل عام وخاصة الدهون المشبعة الموجودة في المنتجات الحيوانية كالزبدة والسمنة وعليها إستخدام الزيوت النباتية مثل زيت الزيتون، الذرة، عباد الشمس كبدائل للسمنة والزبدة. ويستحسن الإكتفاء بتناول ثلاث بيضات إسبوعياً.

■ تسود بعض الآراء أن تناول بعض المواد الغذائية بشكل منتظم يؤدي إلى تخفيض الكوليستيرول وضبط ضغط الدم كتناول فصوص الثوم أو الأسماك. لقد نبعت هذه الآراء من ملاحظة أنه في البلدان يكثر أهلها من تناول هذه الأغذية تقل معدلات الإصابة بالحالات المذكورة. وقد ثبت علمياً أن الأسماك تحتوي على مادة «الأوميغا ٣» ذات التأثير المخفض للدهون وأن الثوم يحتوي على عناصر مضادة للأكسدة فتحمي من تصلب الشرايين. في كل الأحوال ليس هناك ضرر من تناول هذه الأغذية بانتظام.

يساعد الغذاء المناسب على الوقاية. كما يقلل دهون الدم الضارة بنسبة ٢٠-١٠٪ فقط. يجب على المسن، في حال الإرتفاع الشديد لدهون الدم، تناول العلاج الدوائي بعد إستشارة الطبيب إضافة إلى ضبط الغذاء.

٤- الأورام الخبيثة Malignancies

لا يصاب أغلب البشر بأي أورام خبيثة طوال حياتهم. أما بعض الذين يصابون بالمرض فيكونوا قابلين للشفاء الكامل. ورغم ذلك فإننا نشعر جميعاً بالرعب من هذا المرض للأسباب التالية:

- **الأورام الخبيثة** تعتبر من الأمراض الخطيرة التي تزداد معدلات الإصابة بها مع إرتفاع السن.
- السرطان هو السبب الثاني للوفاة بعد بلوغ سن الخامسة والستون في كثير من البلدان.
- بعض الأورام تكون كامنة ولا تظهر أعراضًا تسمح بإكتشافها وحين تبدأ الأعراض في الظهور يكون المرض قد انتشر إنتشاراً يصعب معه العلاج.
- العلاج ومضاعفاته يكون مؤلماً مثل المرض نفسه في بعض الأحيان.

من هنا تنشأ أهمية الإكتشاف المبكر للأورام حتى نقي أنفسنا خطر الوصول إلى هذه المرحلة ويمثل سرطان القولون والثدي نماذج للسرطانات الكامنة التي يمكن إكتشافها بالفحص المبكر.

الأورام الشائعة عند المسنين:

أورام القولون أو المصران: يتم تشخيص ٩٠٪ من أورام القولون فوق سن ٥٠ سنة ويعتبر سرطان القولون من الأمراض القابلة للشفاء التام لو تم إكتشافها في مراحلها الأولى.

أورام الجهاز التناسلي: مثل سرطان الثدي والرحم والمبايض عند النساء وسرطان البروستات عند الرجال وهناك وسائل للإكتشاف المبكر لهذه الأورام وعلاج ناجح لها في حال إكتشافها مبكراً.

أورام الرئة: ترتبط بشكل وثيق بعادات التدخين لذلك كان الرجال في بلادنا يعانون منها بنسبة أعلى من النساء إلى حين بدأت كثير من النساء مؤخراً في تدخين السجائر أو الأرجيلة مما رفع نسبة الإصابة بأورام الرئة لديهن.

عوامل الخطر التي تؤدي إلى ارتفاع معدلات الأورام:

تختلف عوامل الخطر تبعاً لنوع الورم، لكنها بشكل عام تشتمل مزيجاً من العوامل البيولوجية الداخلية والعوامل البيئية. فهناك إرتباط بين التدخين وأورام الرئة وبين الهرمونات وأمراض الجهاز التناسلي للرجل والمرأة وبين الطعام قليل الألياف وسرطان القولون.

هناك تأثيرات وراثية في بعض الأورام مثل أورام القولون وسرطان الثدي بنسبة محددة وهناك علاقة بين التعرض لمواد كيمائية معينة وسرطانات الدم والغدد الليمفاوية.

الوقاية من الأمراض السرطانية:

- بعد عن المؤثرات البيئية التي تساعده على ظهور الأورام كالتدخين أو الجلوس وسط المدخنين.
- تحذف التعرض المتكرر لمواد كيماوية وإشعاعية كمبيدات الحشرات أو الأشعة التشخيصية بدون مبرر قوي.
- إستبدال صبغات الشعر المصنعة بماء طبيعية كالحننة قدر الإمكان.
- تناول الأغذية المحتوية على مضادات الأكسدة الطبيعية من الفيتامينات والمعادن والأنزيمات بالإضافة إلى الألياف. لقد ثبتت فائدة مضادات الأكسدة في التخلص من النواتج الضارة لحرق الأوكسجين في خلايا أجسامنا (الشوارد) والتي يؤدي تجمعها إلى التأثير على الحامض النووي وتكون الأورام. يحتوي صحن من السلطة المكونة من الطماطم (البندورة) والخضروات (الفلفل، الخيار، الجزر، الخس والكرنب) على كل هذه العناصر. وكلما تنوعت ألوان مكوناته كلما كان أكثر غنى بالعناصر الحيوية.
- الإقلال من تناول الأغذية المحتوية على المواد الحافظة والمدخنة والمخللة.
- عدم استخدام الهرمونات إلا تحت متابعة طبية دقيقة ومنتظمة.
- الملاحظة الدقيقة لأجسامنا واستشارة الطبيب في حال حدوث تغيير غير مفهوم حتى لو كان غير مؤلم أو لا يسبب معاناة.

لقد أشارت بعض الدراسات للقيمة الخاصة للخضروات مثل الجزر والقرنبيط والبروكولي والثوم في الوقاية من السرطان ولا بأس من الإكثار من هذه المواد الغذائية.

مضادات الأكسدة:

- فيتامين أ متوفّر في منتجات الألبان والبيض والكبش والخضروات الملوونة.
- فيتامين ج موجود في الموالح والجوافة والفلفل الأخضر والبروكلي.
- فيتامين ه متوفّر في جنين القمح والمكسرات والحبوب غير المقشورة والخضروات الورقية.
- البيتا كاروتين (Beta-carotene) من مكونات الجزر والكوسا والبروكلي والبطاطا والطماطم (البنادرة).
- السلينيوم (Selenium) موجود في الأسماك والحبوب والبيض والثوم والدجاج.

التعامل مع السرطان عند التعرّض له:

تعني الإصابة بالسرطان أننا مقبلون على مرحلة من الإختيارات الصعبة والتي تحتاج لشحد كل قوانا النفسية كما تحتاج لدعم من المحيطين بنا. أصبح الكثير من الأورام قابل للعلاج ولكن العلاج سواء كان دوائياً أو جراحيًّا تكون له تبعات على نوعية حياتنا. إننا نحتاج أن نكون شركاء للأطباء في إتخاذ القرارات الهامة، وبالتالي الحصول على المعارف التي تؤهلنا لمواجهة ذلك من خلال:

- سؤال الأطباء عن كل إختيار: نسبة نجاحه وأثاره الجانبية المتوقعة وكيف سنتعامل معها، ومناقشة مخاوفنا معهم.
- قراءة كتاب مبسط عن الموضوع أو البحث في شبكة الإنترنـت.
- الحديث مع أشخاص مروا بالتجربة.
- النقاش المفتوح عن مخاوفنا مع من نحب من الأهل والأصدقاء.
- المشاعر الإيجابية ووجود الدعم من العائلة والأصدقاء وتقبل الحقائق المرتبطة بالمرض.

«عندما عرفت أنني مصابة بسرطان القولون، شعرت باليأس التام لأيام ثم فوجئت بإتصال من أصدقائي يطلبون الحضور لزياري... حضر الجميع وبشكل إحتفالي... غنينا معاً كل الأغاني القديمة وتبادلنا الذكريات... في نهاية الحفل قلت لهم أشعر أنه من الجبن أن أموت وعندي أصدقاء مثلكم.»

٥- مرض السكري Diabetes Mellitus

«تعودت أن أتعامل مع مرض السكري وكأنه صديق حاد الطياع فكلما زدت في تناول الحلويات حتى يبدأ هو في الصراخ في وجهي».

سمعت هذا التعليق من مريضة متتبهة إلى التغيير الذي يحدث في جسدها، وهذا ليس بالأمر الشائع وسط كبار السن للأسف.

هناك نوعان من مرض السكري: النوع الأول ناتج عن نقص إفراز الأنسولين في الجسم، يعتمد فيه المريض كلياً علىأخذ جرعات الأنسولين المصنوع كعلاج ويتمزد إنتشاره في السن الصغيرة. النوع الثاني تقل فيه استجابة الجسم للأنسولين الطبيعي وهو الأكثر إنتشاراً عند كبار السن. ويتم علاجه بتنظيم الغذاء وإعطاء أقراص مخفضة للسكر بالدم.

تزداد معدلات الإصابة بمرض السكري مع التقدم في العمر وزيادة الوزن. تعاني النساء في بلادنا من نسبة عالية من الإصابة بمرض السكري، ويكون أكثر عرضة لمضاعفات أمراض الشرايين التاجية ومشاكل الإبصار وحدوث غيبوبة سكرية. ويزداد احتمال حدوث الاكتئاب عندهن. يشكو مرضى السكري المسنون من أعراض أقل ووضوحاً من الأشخاص الأصغر سنًا كالإجهاد وألم الجسم ونقص الوزن وضعف الإبصار وتخدّر الأطراف وكلها أعراض يمكن نسبتها لكبر السن مما يقلل فرصة تشخيص المرض.

تكمّن مشكلة مرض السكري الأساسية في مضاعفاته فهي تطال أعضاء حيوية كالقلب والكلى والعين والأعصاب كما تصيب الشرايين الطرفية مما يؤدي إلى مشاكل القدم السكري. تزيد إحتمالات حدوث غيبوبة نقص السكر عند المرضى المسنين نتيجة عدم الإنظام في تناول الوجبات الغذائية أو نقص الشهية أو تكرار تناول الدواء المخفض للسكر بسبب النسيان. يؤثر نقص السكر الحاد على خلايا الدماغ وقد يؤدي إلى القصور العقلي المزمن عند المسنين في حال تكراره.

عوامل الخطر لمرض السكري:

- زيادة الوزن.
- الغذاء غير المتوازن.
- الحياة الخمالة.
- التوتر النفسي.
- حدوث إرتفاع السكر أثناء الحمل.

الوقاية والتعامل مع مرض السكري:

تنقسم الوقاية من مرض السكري إلى قسمين:

أولاًً الوقاية من المرض نفسه وثانياً الوقاية من حدوث المضاعفات التي هي أشد ضرراً من المرض نفسه. هناك عدة قواعد تساعدنا على الوقاية من المرض عن طريق إتباع خطة عملية للحفاظ على الوزن والإكتشاف المبكر للمرض:

- حرق السعرات الحرارية الزائدة بالحركة والرياضة والنشاط.
- تناول غذاء قليل السكريات، قليل الدهون، معتدل النشويات وعالي الألياف.
- الإكتشاف المبكر للمرض عن طريق إجراء تحليل للسكر في الدم سنوياً بعد سن الستين.

الطريقة العملية لتخفيض السعرات الحرارية في الطعام:

- إستبدال كوب الكولا بكوب من العصير الطازج الخالي من السكر.
- إستبدال الكعكة أو قطعة الكيك بثمرة فاكهة.
- إستبدال سندويتش الأغذية السريعة التحضير بسندويتش جبنة منزوعة الدسم مضاد لها شرائح من الطماطم (البندورة) والخس.
- تناول الخبز الأسمر بدلاً من الأبيض.
- تناول كوب من شوربة العدس أو الخضار أو الحريرة المغربي بدلاً من شوربة الشعيرية.
- إضافة ثلاثة ملاعق من الخميرة لكوب الزبادي المنزوع الدسم.

أغذية يستحسن أن يبتعد عنها مريض السكري:

- الحلويات المصنعة.
- البح والعنب والتين من الفواكه.
- القشدة والدهون.
- الأغذية سريعة التحضير.

الوقاية من المضاعفات:

تظهر مضاعفات مرض السكري فيأعضاء الجسم المختلفة نتيجة للتذبذب الشديد في نسبة السكر في الدم إرتفاعاً وإنخفاضاً، أو بإرتفاعها الدائم عن نسبة ١٤٠ ملجم وتحدث نوبات

نقص السكر إذا قلت النسبة عن ٦٠ ملجم، لذا لا بد من بذل الجهد لتثبيت مستوى السكر في الدم. ولتحقيق ذلك هناك قواعد أساسية لا بد من الالتزام بها:

- المتابعة الطبية المنتظمة وإجراء تحاليل لنسبة السكر بالدم شهرياً أو حسب طلب الأطباء.
- محاولة خفض السعرات الحرارية بالغذاء بشكل مستمر إذ لا بد أن يعرف المسن وأهله السعرات الحرارية التي تعطيها الأغذية الشائعة التي يتناولها. ويمكن اللجوء لكتب التغذية والكتب التدريبية لمرضى السكري وهي متوفرة في بلادنا باللغة العربية وينصح مرضى السكري عادة بتناول وجبات تحتوي على العناصر الغذائية المختلفة بالتوزيع التالي للسعرات الحرارية: ٢٠٪ من البروتينات و٦٠٪ من النشويات.
- الإنذار لأعراض نقص السكر في الدم ومنها العرق الغزير أو تسارع ضربات القلب والإحساس بالجوع أو حصول تشوش مفاجئ وفي حال عدم العلاج قد يدخل المسن في غيبوبة. لذلك عند أدنى شك في حصول نوبة نقص السكر يفضل تناول مشروب سكري ثم الإستشارة الطبية.
- أكل وجبات صغيرة متكررة في حال تناول أدوية مخفضة للسكر أو الأنسولين والإحتفاظ بقطعة من الحلوى لتناولها فوراً إذا ما شعرنا بأعراض نقص السكر.
- الإنذار لاحتمال حصول أخطاء أثناء تناول الدواء. فإذا لاحظنا أننا لا نتذكر هلأخذنا العلاج أم لا يفضل إلا نأخذه لأن نقص السكر أسوأ تأثيراً على المسن من زيارته. ويمكننا الإستعانة بالمحيطين بنا لذكرنا أو أن نشتري علبة منظم الدواء وهي علبة من البلاستيك مكتوب عليها أيام الأسبوع ومقسمة لخانات توضع الأقراص فيها حتى أربع جرعات يومياً. وبنظرية سريعة للعلبة يمكن أن نجيب على هذا السؤال المعدب «يا ترى هل تناولت علاج السكري اليوم؟».

العناية بقدم مريض السكري:

«كان والدي يليس دائمًا الجوارب في المنزل... وفي أحد الأيام لاحظت أن الجورب مبتل وعندما خلعته فوجئت بوجود جرح كبير متقيح في أسفل القدم».

تلفت القصة السابقة نظرنا إلى خطأ شائع وهو إهمال المسن أو المحيطين بهم ف Hutchinson أقدامه. تحدث مضاعفات القدم نتيجة التهاب الأعصاب الطرفية الذي يؤدي إلى فقدان الإحساس المنبه بالألم وضعف الدورة الدموية الذي يقلل التئام الجروح. هناك أهمية خاصة للعناية بأقدام مرضى السكري لتجنب هذه المشكلة وما يتبعها من علاج طبي طويل وتكلف أو بتر يؤدي للإعاقة الحركية.

العناية بأقدام مرضى السكري:

- الإهتماء بإختيار الحذاء المناسب. يفضل الجلد اللين أو القماش. وأن لا يكون الحذاء ضاغطاً على أي جزء من القدم.
- تجنب استخدام الشبشب (البابوج) أو الصندل ذي الإصبع والذي قد يسبب جرحاً بين الأصابع.
- تجنب المشي حفاة تماماً حتى داخل المنزل. إن الكثير من مشاكلنا تبدأ بجرح صغير أو مسمار شارد يصيب القدم.
- قص الأظافر بطريقة مستقيمة وطلب المساعدة من الآخرين في حال وجود قصور بالنظر.
- غسل القدمين يومياً، بماء فاتر وصابون وتجفيفهما بفوطة لينة بالأخص بين الأصابع.
- العناية بفحص القدم دوريًا وإستشارة الأطباء في حال لاحظنا وجود جروح أو تشققات أو تغير باللون.

٦- هشاشة العظام Osteoporosis

تعد هشاشة العظام من المشكلات الشائعة خاصة بين النساء. إذ تعاني خمسة نساء من هشاشة العظام مقابل كل رجل واحد يصاب بها. كما تتعرض ثلث النساء المتباوزات لسن الخامسة والستين عاماً لحوادث كسر في عظمة الفخذ أو الحوض والفقرات وما يتبعها من مضاعفات عدم الحركة. تزيد خطر الإصابة بهشاشة العظام في النساء بعد انقطاع الدورة الشهرية نتيجة نقص هرمون الأستروجين ذو التأثير البنائي على عظام الجسم. ويلاحظ أن النساء من الجنس الأبيض والآسيوي أكثر تعرضاً لهشاشة العظام من النساء الإفريقيات وتزيد هشاشة العظام عند النساء قصیرات القامة والنحيفات. تنشأ هشاشة العظام بفعل فقدان معدن الكالسيوم من العظام مع الإعمار. وتختلف معدلات فقدان الكالسيوم من شخص إلى آخر نتيجة اختلاف أسلوب الحياة والتغذية والعمر ووجود عوامل الخطر.

تعتبر هشاشة العظام من الأمراض الكامنة التي لا تلفتنا لعدم وجود أعراض واضحة لها. وقد يتم الإكتشاف بمحض الصدفة عند إجراء فحص روتيني أو أشعة عادية بعد الإصابة بكسر في العظام إثر سقوط المسنة أثناء المشي.

«كنت أعيش حياتي بطريقة طبيعية دون أي شكوى حتى إنزلقت قدمي على الأرض فإستندت بيدي على المنضدة حتى لا أقع أرضاً، وبالرغم من أن الضغط على يدي كان قليلاً إلا أنني أصبحت بكسر في المرفق. أظهرت الأشعة أنني مصابة بهشاشة العظام».

إذن ومع التقدم في السن تؤدي هشاشة العظام إلى إحناءات وتحدب الظهر وبالتالي قصر القامة. كما يعتبر سقوط المسن المصاب بھشاشة العظام من الأحداث الصعبة. حيث يزداد احتمال حدوث كسور العظام والرقاد في الفراش.



عوامل الخطر لھشاشة العظام:

- التوقف المبكر للدورة الشهرية.
- الحمل والرضاعة المتكررة.
- عدم الحصول على كمية كافية من الكالسيوم وفيتامين د.
- قلة الحركة.
- التدخين.
- استخدام دواء الكورتيزون لفترات طويلة.

الوقاية من هشاشة العظام:

■ السعي لإجراء فحص مبكر لكثافة العظام قبل أن نفقد المزيد من الكتلة العظمية التي يصعب إسترجاعها بعد ذلك . علماً أن الأشعة السينية العادية لا تظهر هشاشة العظام إلا في حال فقدت الكتلة العظمية أكثر من ٢٥٪ من الكالسيوم الموجود فيها وهي وبالتالي لا تصلح كوسيلة للكشف المبكر.

■ تناول الغذاء الذي يحتوي على الكالسيوم وفيتامين د. تعتبر منتجات الألبان من أكثر الأغذية التي تساعد على الوقاية من هشاشة العظام. إن تناول كوب من الحليب إضافة للجبن واللبن يومياً مع الأغذية الأخرى كفيل بإمداد الجسم بالكمية الكافية من الكالسيوم. وفي حال منعطفنا بعض الأمراض كالحساسية أو الإسهال الناشئ من مركب اللاكتوز (Lactose) من تناول منتجات الألبان يمكننا الإستعاضة عنها بمنتجات غذائية أخرى. إن ملعقة واحدة من السمسم مع بعض حبات الفول السوداني واللوز يمكنها أن تغطي إحتياجاتنا من الكالسيوم يوميا. علماً أن الأسماك من الأغذية الغنية بالكالسيوم وهناك أقراص محتوية على هذه العناصر كثيراً ما يصفها الأطباء عند الحاجة.

■ تتسبب بعض المواد في تعويق قدرة إمتصاص الكالسيوم أو زيادة إفرازه في البول. وباعتبار أن هذه المواد موجودة في بعض الأغذية فيكون من الملائم تناولها في أوقات مختلفة عن أوقات تناول الغذاء الغني بالكالسيوم أو أقراص الكالسيوم.

المواد التي تؤثر على إمتصاص الكالسيوم:

- الألياف الموجودة في قشور الحبوب والخميره والخبز المصنوع من دقيق السن.
- حمض التаниك الموجود في الشاي.
- الكافيين الموجود في القهوة والكولا.
- الأوكسالات الموجودة في السبانخ.
- الكحول.

لزيادة نسبة الفيتامين د في أجسامنا يمكننا إتباع بعض الأساليب:

- تناول الأغذية الغنية بالفيتامين د: فيتامين د موجود في بعض الأغذية مثل بعض أنواع من الأسماك والألبان كاملة الدسم والبيض.
- التعرض لأشعة الشمس: تقوم أشعة الشمس بتحويل بعض المواد الموجودة في طبقات ما تحت الجلد إلى فيتامين د، ويعتبر التعرض لأشعة الشمس أفضل وأرخص وسيلة ومصدر لهذا الفيتامين. علماً أنه من الأفضل التعرض في فترات الغروب والشروق حتى لا نتعرض لتأثيراتها الضارة على الجلد.
- ممارسة الرياضة: تساعد على الوقاية من هشاشة العظام كما تؤدي إلى تقوية العضلات المحيطة بالمفاصل مما يسمح لها بمقاومة السقوط.
 - ممارسة رياضة المشي لمدة نصف ساعة يومياً قبل غروب الشمس.
 - القيام بتمارين حمل الأثقال البسيطة لليدين وتمارين المقاومة للقدمين مثل استخدام العجلة الثابتة بعد رفع مقاومتها.
- استخدام الهرمونات التعويضية: قد تحتاج بعض النساء لاستخدام هرمون الأستروجين لمنع هشاشة العظام وقد وجدت الدراسات أن البدء بإعطاء الأستروجين مبكراً يساعد كثيراً في الوقاية. ولكن يبقى اتخاذ هذا القرار كاملاً في يد الطبيب المعالج بعد دراسة متأنيّة لوجود عوامل خطورة لأورام الثدي أو إرتفاع الضغط والجلطات الوريدية.
- الإمتناع تماماً عن التدخين.

٧- التهابات المفاصل Arthritis

هناك أنواع متعددة من التهابات المفاصل التي تصيب كبار السن وكثير منها منتشر بين النساء. إذ إن واحدة من كل أربع نساء هي عرضة للإصابة بخشونة المفاصل. أما المسنات المصابات بهذا المرض يصبحن أكثر تعرضاً للسقوط. تؤدي أمراض المفاصل إلى الإعاقة بنسبة قليلة بين المسنين، وتستمر الأغلبية منهم في الحركة وأداء الوظائف الحياتية بصورة مقبولة. كما يمكن السيطرة على الألم بوسائل مختلفة ما يؤدي إلى تحسين نوعية حياة المسنين المصابين بأمراض المفاصل. ويكمّن سر هذا التفاؤل حول مرض التهاب المفاصل أنه من الأمراض غير الكامنة حيث يؤدي حصول أعراض الألم وتبiss المفاصل إلى لجوء المسنين لاستشارة الأطباء مبكراً. علماً أن العلاج الطبيعي والعلاج الدوائي يساعدان في السيطرة على معظم هذه الأعراض.

تظهر أعراض التهابات المفاصل بشكل مختلف في مرحلة الشيخوخة المتاخرة فتميل المسنة إلى النوم ورفض الحركة وتصاب تباعاً لذلك بمضاعفات عدم الحركة.

«بدأت أمي تنام طوال النهار والليل... ظلنا أن هذا بسبب بدانتها الشديدة وسنها... ثم بدأت تتبول على نفسها... عندها عرضناها على الطبيبة خوفاً من حدوث تسلخات أثبتت الفحوص إصابتها بـالتهاب بالمفاصل... بعد إعطائهما علاجاً مسكنًا وعمل علاج طبيعي عادت أمي إلى طبيعتها».

أمراض المفاصل الشائعة:

■ خشونة المفاصل (العضال العظمي): Osteoarthritis

هو أكثر أمراض المفاصل إنتشاراً عند المسنين ويزداد معدل حدوث هذا المرض عند النساء منه عند الرجال. وتتأثر به المفاصل الحاملة لوزن الجسم مثل الفخذ والركبتان والكتفان والعمود الفقري. ويحدث نتيجة الإستهلاك للمفاصل نتيجة كبر السن والبدانة. يؤدي الإحتكاك المستمر لعظمة المفصل إلى حدوث خشونة وتمزق في الغضاريف التي تغطي نهايات العظام. ونتيجة لاستمرار الإحتكاك تلتهب الأنسجة المحيطة بالمفصل مما يؤدي إلى الألم ومحدودية الحركة، ويشعر المريض عادة بقطقة وألم مع بدء حركة المفصل وتحسن الحالة مع الراحة، كما قد يحدث إرتياح بالمفاصل يؤدي لتورمها. نوع آخر من خشونة المفاصل يصيب المفاصل غير الحاملة للوزن ويزداد حدوثه عند النساء أيضاً، ويكون مصحوباً بانتوئات تغير من شكل المفصل.

■ التهابات المفاصل الروماتيزمية: Rheumatic Arthritis

هناك أمراض روماتيزمية متعددة تؤدي إلى إلتهابات المفاصل. تنشأ هذه الأمراض نتيجة إختلال الجهاز المناعي لأجسادنا وعادة ما نشكو منها ونحن أصغر سنًا، وقد تلازمنا حتى نكبر. وتعاني النساء أكثر من الرجال من معظم التهابات المفاصل الروماتيزمية والتي تصيب مفاصل محددة تبعاً للمرض قد تكون مفاصل الكتف والرقبة أو مفاصل اليدين أو القدمين أو حتى مفاصل الفكين والتي تظهر مشكلاتها أثناء مضغ الطعام. يظهر إلتهاب المفاصل بشكل ألم وتورم وإحمرار وتبيّس بالмفصل خاصة في الصباح وقد تتحسن الحالة مع الحركة وعادة ما تصاحبه أعراض عامة كارتفاع الحرارة والإنهاك. وتؤدي بعض الالتهابات الروماتيزمية إلى تشوّه المفاصل المصابة وإعوجاجها.

■ مرض النقرس: Gouty Arthritis

يحدث مرض النقرس نتيجة زيادة نسبة حمض وأملاح البوليك بالدم عن معدلاته الطبيعية نتيجة التمثيل الغذائي للأغذية المحتوية على البروتينات خاصة اللحوم الحمراء والبقول وبعض الأسماك كالأنشوجة والسردين. ويظهر المرض عادة في مرحلة وسط العمر. ويزداد حدوثه عند الرجال منه عند النساء. ويصيب عادة النقرس مفاصل القدمين ويظهر النوع الحاد منه في الإصبع الأكبر للقدم ولكنه قد يصيب أي من المفاصل الأخرى. تظهر الأعراض الأساسية على شكل ألم شديد يصحبه تورم وإحمرار بالمفصل المصاب بالإضافة إلى إرتفاع في الحرارة في الحالة الحادة.

عوامل الخطر لأمراض المفاصل:

- زيادة الوزن.
- التعرض للصدمات أو السقوط.
- عدم مراعاة الأوضاع الصحية في الوقوف أو الجلوس أو رفع الأوزان.
- الإلتهابات الفيروسية والبكتيرية قد تؤدي إلى حدوث خلل في نظام المناعة.
- الغذاء غير المتوازن المعتمد في الأساس على البروتينات مما يساعد على حدوث مرض النقرس.

التعامل مع أمراض المفاصل عند التعرض لها:

- المتابعة الطبية المستمرة لتشخيص الحالة وإعطاء علاج مناسب لها.
- تناول مسكنات الألم البسيطة التي تسمح لنا بإستمرار استخدام المفاصل حتى لا نتعرض لمضاعفات عدم الحركة بعد مناقشة هذا الأمر مع الأطباء.

- في الحالة الحادة، الراحة بناء على نصيحة الأطباء على أن نبحث معهم كيفية تقليل فترة الراحة إلى الحد الأدنى والبدائل التي تساعدنا على عدم التعرض لمضاعفات نتيجة الرقاد في الفراش.
- محاولة التخلص من بعض الوزن الزائد.
- العلاج الطبيعي، جزء هام ومكمل للعلاج الطبي، ومن الممكن الإستعانة بإختصاصي العلاج الطبيعي الذي يدرينا على بعض التمارين التي يمكن أن نمارسها بأنفسنا في حال غيابه.
- الحمام الدافئ صباحاً يقلل من تيبس المفاصل ويساعد على الحركة.
- استخدام كمادات الماء الدافئ والكمادات المثلجة يساعد على مرنة العضلات المحيطة بالمفصل ويقلل من التيبس وبالتالي يساعد على إستعادة حركة المفصل. من الملاحظ أن النساء المصابات بالروماتيزم يشعرن بتحسن كبير في حركة أصابعهم بعد القيام بغسل الأطباق تحت الماء الدافئ حيث أنهن خلال هذه العملية يقومن بتمارين بسيطة للمفاصل المصابة عند التعرض للحرارة.
- الحرص على تدفئة أجسامنا لأن البرد يفاقم مشاكل المفاصل.
- القيام بالتمرينات البسيطة للمفاصل المصابة والتي ترتكز على تحريك المفصل في كل الإتجاهات الممكنة بالقدر الذي نطيق معأخذ فترة إستراحة خلال التمارين.

الأغذية التي يجب تجنبها لمرضى النقرس:

- اللحوم الحمراء.
- السردين والأنشوجة.
- الخميرة.
- الكحول.
- البقول كالفول والفاوصوليا.
- عش الغراب (الفطر).
- السبانخ.
- القرنبيط (الزهرة).

كيفية الوقاية من الأمراض

للوقاية من العديد من الأمراض علينا تبني نمط حياة صحي يجنبنا الخطر في حال تجنبنا عوامله. فينصح بإجراء فحوصات طبية تتبع لنا اكتشاف الأمراض مبكراً بهدف السيطرة عليها وتجنب مضاعفاتها. ويحتاج المسنون إلى بعض اللقاحات لتجنب الأمراض المعدية بسبب ضعف جهاز المناعة لديهم.

ولعل من أهم الإجراءات الوقائية هو الالتزام بنمط صحي للحياة يتلزم المسن خالله:

- وقف التدخين.
- الحفاظ على وزن الجسم وتفادي السمنة.
- النشاط البدني وممارسة الرياضة أو المشي.
- الحفاظ على يقظة العقل والمباهج الروحية.
- التمتع بدائرة علاقات شخصية وإجتماعية دائمة.
- الإحساس بأن المسن مسؤول عن صحته الأساسية وأن من حقه أن يفهم أهمية وتأثيرات أي إجراء طبي يجري له.

ورغم أهمية الالتزام بهذه الإجراءات علينا أن نكون مرنين في تطبيق هذه الالتزامات حتى لا تتحول إلى نوع من القلق الذي قد يدخل بـاستمتعنا بالحياة. صرخ أحد المسنين الذي حاول عبثاً، لأسباب صحية، الالتزام بالإمتناع عن التدخين فقال: ولقد أصبحت الحياة سخيفة وخالية من المتع. وبعد نقاش طويل معه توصلنا إلى أن من حقه تناول سيجارة مع القهوة بدون إدخال الدخان إلى صدره على أن لا يزيد عدد السجائر عن ثلاثة يومياً وقد التزم بهذا النظام.

١- الغذاء الصحي والحفاظ على الوزن

الغذاء الصحي هو الغذاء المتوازن الذي يحتوي على معظم العناصر الهامة التي تحتاجها أجسامنا من بروتينات ومواد نشوية ودهنية بالإضافة إلى الفيتامينات ومضادات الأكسدة وكمية كافية من الألياف والسوائل مع الالتزام قدر الإمكان بما يلي:

- إستهلاك المواد النشوية الطبيعية كالحبوب الكاملة غير المقشرة والخبز الأسمر والأنواع المتعددة من البقوليات.

- تقليل إستهلاك السكريات بقدر الإمكان والإستعاضة عنها بشرب العصائر الطبيعية بدلاً من المشروبات الغازية، وتناول الفواكه بدلاً من الحلوى المصنعة.
- الإقلال من إستهلاك الدهون المشبعة كالسمن والزبدة والإستعاضة عنها بالزيوت النباتية قدر الإمكان.
- التنبه لعدم الإفراط في تناول ملح الطعام والإبعاد عن المخللات والأغذية المحفوظة التي تحتوي جميعاً، حتى غير المالحة منها، على كميات من ملح الصوديوم، ويمكن استخدام الأعشاب أو الليمون أو الخل أو الثوم لإضافة نكهة للطعام كبديل عن الملح.
- العناية بتناول الخضروات والفاكهة الطازجة منها والمطبوخة عدة مرات يومياً لتمدنا بالفيتامينات ومضادات الأكسدة والألياف الطبيعية.
- تناول كمية كافية من السوائل حوالي لิتر يومياً في الشتاء وليترين في فترة الصيف.

للحفاظ على وزن مناسب لأجسامنا علينا الموازنة بين ما نتناوله من سعرات حرارية في طعامنا وما نفقده من سعرات خلال نشاطنا اليومي. هناك أنظمة متعددة لتخفيض الوزن الزائد كالحمية الغذائية الكيماوية وحمية تقليل السعرات الحرارية أو تناول بعض الأدوية التي تقلل من الشهية وإمتصاص المواد الغذائية، كما انتشرت مؤخراً بعض الجراحات كتدبيس أو ربط المعدة وإزالة الدهون في مناطق محددة من الجسم لتخفيض الوزن. وتتوافق الآراء على أن كثيراً من هذه الأنظمة لا تتناسب كبار السن، وأن أفضلها بالنسبة لهم هي تقليل السعرات الحرارية الغذائية مع القيام بنشاط بدني يومي لحرق السعرات الزائدة. ويفضل القيام بذلك دون حرمان وبشكل متدرج عن طريق مراقبة ما نأكله يومياً على أن يتراافق مع إنفاس كمية قليلة منه لمدة عدة أسابيع وفي حال نجاحنا في هذه الخطوة نزيد الكمية المنقوصة تدريجياً مع الحرص على البعد عن الحلوى والدهون قدر الإمكان. ومن الأشياء المساعدة أن نبدأ طعامنا بتناول السلطة والخضروات وطبق من الشوربة أو كوب من الماء وأن نضع في أطباقنا ما ننوي تناوله فقط على أن لا نعاود ملأ الأطباق ثانية بعد ذلك.

ولكن تختلف حاجات المستنين لبعض المغذيات عن حاجات الشباب بسبب التغيرات الناتجة عن التقدم في العمر وعوامل عدّة مؤدية للنقص الغذائي عند المستنين.

من التغيرات الناتجة عن التقدم في العمر: تدهور في الوظائف الفكرية مثل ضياع فكري، أو فقدان الذاكرة وقلة القدرة على التركيز وقلة الوعي أو تدهور في وظائف القلب والكلى والكبد والجهاز التنفسى والجهاز العصبى والعضلات وجهاز المناعة أو فقدان تدريجي لعضلات الجسم، الشهية، القدرة على العلك والبلع والقدرة على الشم والتذوق أو الإحساس بالعطش، والقدرة على هضم وإمتصاص المأكولات، وتغيرات إجتماعية مثل التقاعد عن العمل وقلة

الدخل المالي والفقر والإتكال على الغير وعدم القدرة على الحركة والانعزal الاجتماعي والوحدة والإحساس بالأهمية. أما بالنسبة للعوامل المؤدية للنقص الغذائي عند المسنين، فيمكن تلخيصها كما يلي: العوامل الاقتصادية (الفقر الاجتماعي، التقاعد)، العوامل الاجتماعية (الإحباط النفسي والشعور بالوحدة)، الأمراض والأدوية (الأمراض القلبية والسكري وترقرق العظام ومشاكل في الجهاز الهضمي وتناول الأدوية بكثرة)، العوامل الفيزيولوجية (حاسة النظر وحاسة التذوق وحاسة الشم وصحة الأسنان والذاكرة ومكونات الجسم والقدرة على الحركة) وعوامل أخرى مثل المشاكل في إمتصاص الأكل.

لكل هذه الأسباب، تختلف حاجات المسنين الغذائية عن حاجات الشباب من عدة نواحي، منها:

■ الطاقة: تتدنى حاجات المسنين للطاقة بالكلغ الواحد من الوزن المثالي بنسبة ٣-٥٪ كل ١٠ سنوات بعد عمر الـ ٤٦ سنة. لذا، فان حاجة المسن للطاقة هي حوالي ٣٥-٣٠ وحدة حرارية بالكلغ الواحد من الوزن في اليوم.

■ البروتين: إن حاجات البروتين أكبر عند المسنين، مقارنةً بالشباب، بسبب إنخفاض وزن العضلات ومخزون الجسم للبروتين وقدرة الجسم على صناعته. لذا، فإن غرام واحد من البروتين بالكلغ الواحد من الوزن في اليوم مهم للمحافظة على توازن البروتين في الجسم عند المسنين الأصحاء، وغرام واحد إلى ١.٥ غرام من البروتين بالكلغ الواحد من الوزن في اليوم مهم للمحافظة على توازن البروتين في الجسم عند المسنين غير الأصحاء. يمكن تناول البروتين من المنتوجات الحيوانية كاللحوم واللحيب والبيض، والنباتية كالحبوب والنشويات.

■ الكالسيوم: حاجات الكالسيوم أكبر عند المسنين، مقارنةً بالشباب، بسبب تدهور قدرة الجسم على إمتصاص الكالسيوم وبسبب خسارة العظم مع تقدم السن. إن هذه الحاجات تقدر ب ١٢٠٠ ملغ من الكالسيوم في اليوم. يمكن تأمينها من خلال تناول الحليب، اللبن، والأجبان على أنواعها.

■ الزنك: حاجات الزنك أكبر للمسنين، مقارنةً بالشباب، بسبب سهولة التعرض لضعف في الجهاز الهضمي ولحالة فقدان وزن متطرفة (Anorexia) ولصعوبة في إلتحام الجرح في حال انتفاخ الجسم للزنك. إن هذه الحاجات تقدر ب ٨-١١ ملغ من الزنك في اليوم للمسنين. يمكن تأمينها من خلال تناول اللحوم والخبز الكامل والعدس والبازيلا والسلمون والسبانخ واللحيب واللبن.

■ الفيتامين د: يوجد نقص شائع بين المسنين في نسبة الفيتامين د في الجسم، خاصةً بين المسنين الذين يمضون معظم وقتهم في البيت. لذا ينصح به بكمية عالية للمسنين، بسبب

قلة التعرض للشمس، أو بسبب عدم تناول المنتوجات الغنية أو المقوّاة بالفيتامين د، بالإضافة إلى مشاكل في إمتصاص الجسم للفيتامين د وإنخفاض قدرة الجسم على صناعة الفيتامين د. تقدر حاجة المسنّين للفيتامين د بـ ١٥-٢٠ ميكروغرام في اليوم. يمكن تأمينها من خلال تناول الحليب والبيض والسردين والقريدس، ومن خلال التعرّض الدائم للشمس ولكن عندما تكون حدتها خفيفة كأوقات الصباح وبعض الظهر.

■ **الفيتامين ب١٢: حاجات الفيتامين ب١٢ أكبر للمسنّين، مقارنة بالشباب، بسبب تناول قليل للمأكولات الغنية بالفيتامين ب١٢، خاصةً عند الفقراء. ومشاكل إمتصاص الجسم للفيتامين ب١٢ سببها التهاب في المعدة أو البانكرياس أو المصران لأسباب منها كثرة استخدام الأدوية. تقدر حاجات المسنّين للفيتامين ب١٢ بـ ٢,٤ ميكروغرام في اليوم. يمكن تأمينها من خلال تناول المنتوجات الحيوانية كاللحووم والبيض والحلب ومشتقاته.**

■ **السوائل: يجب التشديد على تناول السوائل عند المسنّين أكثر من عند الشباب لأن التقدّم في السن يؤدي إلى إحساس أقل بالعطش، وعدم تناول السوائل هو من العوامل الأساسية المؤذية للإمساك خاصةً عند المسنّين. لذا ينصح المسنّين بتناول حوالي ٢ لتر من الماء يومياً، علماً بأن الكحول، القهوة والشاي لا تُعد من السوائل بسبب قدرتها على درّ البول.**

بالإجمال، على المسنّين الارتكاز على الأسس التالية من أجل تحسين حالتهم الغذائية مثل:

- **التنوع في الأكل**
- **تناول نظام غذائي غني بالحبوب والبقوليات**
- **تناول نظام غذائي غني بالخضار والفواكه**
- **تناول نظام غذائي قليل الدهون المشبعة والكوليسترون**
- **الإعتدال في استخدام السكر والملح، والكحول**
- **ممارسة الرياضة بتوازن مع الوحدات الحرارية المتناولة**

قد يحتاج بعض المسنّين للمكمّلات الغذائية. على المسن اعتبار تناول المكمّلات الغذائية في حال فقدان الشهية أو نظام غذائي غير متوازن أو نظام نباتي وفي حال التدخين أو تناول الكحول. أما تناول هذه المكمّلات، فيجب أن يكون تحت اشراف أخصائي. من المكمّلات التي قد يحتاج المسن إلى تناولها الكالسيوم والفيتامين د والفيتامين ب١٢.

■ **مكمّلات الكالسيوم والفيتامين د: إن الكثير من المسنّين لا يتناولون الحليب، لأسباب منها عدم القدرة على هضم سكر اللاكتوز والفكرة العامة أن الحليب هو مشروب الصغار. بالإضافة، إن**

العديد منهم يفضلون عدم التعرض للشمس، مما يؤدي إلى إنخفاض قدرة الجسم على صناعة الفيتامين د. لذا، ففي هذه الحالات، إن مكملات الكالسيوم و الفيتامين د ضرورية.

■ **مكملات الفيتامين ب ۱۲:** إن الفيتامين ب ۱۲ الموجود في الأكل لا يمكن للمسنين إمتصاصه جيداً بسبب تعرّضهم الدائم لإلتهابات في المعدة. فهذه الإلتهابات تؤدي إلى التكاثر الباكتيري، التي بدورها تؤدي إلى استعمال كمية صغيرة من الفيتامين ب ۱۲ الموجود في الأكل. لذا فإن مكملات الفيتامين ب ۱۲ أو المأكولات المقوّاة بالفيتامين ب ۱۲ ضرورية جداً للمسنين.

بالاجمال، هناك عدة حلول لتحسين حالة المسنين الغذائية. فمن الممكن دعوة صديق أو جار للمشاركة في الأكل، أو شراء المأكولات بكميات قليلة لتفادي تناول نفس الطبق على مدى عدة أيام أو تحضير طاولة الأكل بطريقة مغربية وسماع الموسيقى خلال تناول الأكل. أما مشاكل الشهية فيمكن حلّها بزيادة النكهة إلى الأكل من خلال زيادة البهارات والأعشاب، عصير الحامض أو أي نوع من الصلصات. وإذا كان هناك صعوبة في التبضع، فيمكن للمسن التبضع عبر التلفون أو الإستعانة بمتطوعين للتبعض له أو طلب المساعدة من الأهل والجيران.

إرشادات عامة حول تغذية المسنين:

- تناول وجبات صغيرة متعددة ۶-۳ وجبات يومياً وعدم ملئ المعدة بالطعام والتأنى في المضغ والبلع.
- مراعاة حالة الأسنان والقدرة على المضغ وتغيير نظام تقديم الطعام ليتناسب حالة المسن. إذ يحتاج المسنون الأكبر سناً إلى أطعمة مهروسة أو نصف سائلة ليتمكنوا من تناولها.
- تناول الخضروات والفواكه الطازجة وتنوع أصنافها ويمكن هرس الصلب منها بدلاً من الإمتناع عن تناوله.
- تناول وجبات نباتية بشكل منتظم على أن تحتوي هذه الوجبات على العديد من البقول والخضروات.
- تناول منتجات الألبان الخالية الدسم كالجبن واللبن واللبننة مادامت لا تسبب لنا إضطرابات في عملية الهضم.
- الحرث على تقديم الطعام بصورة جميلة وتناوله مع الآخرين ليظل الطعام أحد مباحث حياتنا.

٢- المسنون والرياضة

تنوع الرياضة التي يمكن للمسنين ممارستها فهناك:



- الرياضة التي تؤدي إلى تنشيط الدورة الدموية كالمشي والجري والرقص وركوب الدراجة وألعاب الكرة والسباحة.
- ألعاب القوى كرفع الأثقال وإستخدام آلات رياضية ذات مقاومة عالية.
- الرياضة التي تؤدي إلى مرنة العضلات والمفاصل كالاليoga وتمديد العضلات stretch exercises.

تؤدي المجموعة الأولى إلى تزايد عمل القلب وكفاءة الجهاز التنفسي ودفع الدم في الشرايين. وتؤدي إلى إنخفاض ضغط الدم، تقليل إحتمالات الإصابة بأمراض الشرايين التاجية وخفض دهون الدم. كما تؤدي إلى حرق مزيد من

السعرات الحرارية مما يخفض نسبة السكر في الدم وتنع حدوث السمنة. تساعد المجموعتان الثانية والثالثة على كفاءة الجهاز العضلي ومرنة المفاصل وزيادة كثافة العظام. كما تؤدي إلى الحفاظ على توازن الجسم مما يمنع حدوث السقوط. يؤدي الإنتظام في الرياضة بكل أنواعها إلى الشعور بالنشاط العقلي والتجدد وتقليل توترات الحياة وتساعدنا على النوم المسترخي العميق بعد ذلك.

من الأهمية بمكان أن تكون الرياضة منتظمة وجزءاً من برنامج حياتنا اليومي. علينا أن نضع لأنفسنا أهدافاً واقعية في التريض حتى نشعر بالنجاح ثم نزيد هذه الأهداف تدريجياً، كأن نبدأ في التريض لمدة ربع ساعة ثلاثة مرات أسبوعياً ثم نزيد المدة بالتدريج ومرات التكرار. يحتاج الأمر لمستوى من الإصرار والصبر في البداية ثم يتحول إلى عادة مبهجة لمعظم ممارسيه بعد ذلك.

قالت لي إحدى السيدات المنتظمة في ممارسة رياضة المشي يومياً لمدة ساعة: «لم أكن أمارس الرياضة في شبابي ولكنني كنت أتحرك كثيراً لأقوم بمسؤوليات العمل والعائلة... وعندما قلت مسؤولياتي وحركتي زاد وزني وبدأت أشكو من متاعب في المفاصل... وهنا بدأت أهتم بالمشي يومياً وعندما أكون في المنزل أقوم ببعض التمارين المنتظمة للعضلات وأنا أشاهد التلفزيون... ساعدي ذلك على إستعادة الحركة النشيطة وخلصت إلى أن المشي نظم حياتي ومنعني من الإسلام للكلسل».



كيف نمارس رياضة المشي بطريقة صحيحة؟

- يفضل المشي أثناء شروق الشمس أو قبل الغروب.
- شرب كمية سوائل كافية قبل وبعد المشي.
- المباعدة بين فترتي تناول الطعام والمشي.
- إرتداء أحذية مريحة أو رياضية.
- إرتداء ملابس قطنية مناسبة.
- البداية المتحفظة ثم زيادة المسافة والسرعة تدريجياً.
- اعتدال الجسم أثناء المشي والعناية بتحريك اليدين.
- اختيار المكان المناسب للمشي بحيث يكون طريقاً متداولاً عوائق أو مطبات أو تقاطعات.
- الإنظام في ممارسة المشي يومياً أو ثلاث مرات أسبوعياً.
- يضيف المشي في جماعات بعداً اجتماعياً للمشي ويعنونا من التراجع عن ممارسته.
- التوقف عن المشي في حال تزايد سرعة ضربات القلب أو ألم بالصدر أو دوار واستشارة الطبيب.

٣- الإجراءات الطبية الوقائية لكبار السن

رغم تعدد الأساليب الطبية المتعارف عليها للوقاية يخضع القيام بها لعدة عوامل منها: التكلفة الاقتصادية والإجتماعية للطرق الوقائية، تقييم نوعية الحياة التي تعدنا بها هذه الإجراءات وليس فقط عدد السنوات المضافة لأعمارنا وقدرة المسنين على الالتزام بالنظام الوقائي الصارم.

تنقسم الإجراءات الوقائية الطبية إلى:

١. إجراءات مسحية لإكتشاف الأمراض قبل أو في حال حدوثها خلال الفحوصات الطبية والمخبرية.
 ٢. اللقاحات التي تعطى للمسنين لمنع الإصابة ببعض الأمراض.
- وفيما يلي سرد لبعض هذه الإجراءات وسنوات تكرارها حسب الرؤية الطبية الصارمة. تعتمد هذه الرؤية بالأساس على الأبحاث العلمية التي تؤكد إنخفاض نسبة الأمراض عند الالتزام بتطبيق هذه الإجراءات وتكرارها دوريأً.

الفحوص الوقائية المنسحبة التي تجري لكتاب السن غير المرضي ومرات تكرارها:

- وزن الجسم شهرياً.
- فحص ضغط الدم سنوياً.
- فحص طبي شامل سنوياً.
- فحص قوة النظر وضغط الدم كل سنتين.
- فحص الأذن والسمع في حال حدوث شكوى.
- فحص طبي للثدي سنوياً.
- فحص الثدي بالأشعة السينية أو الموجات الصوتية مرة كل سنة إلى ٣ سنوات حسب عوامل الخطر.
- فحص الحوض وإجراء فحص عنق الرحم كل سنتين أو ثلث حتى سن ٦٥ سنة.
- فحص البروستاتا سنوياً.
- فحص القولون (المصران) بالمناظر مرة واحدة بعد سن الخمسين يكرر الفحص في حال وجود عوامل الخطر أو تاريخ عائلي للمرض.
- تخطيط القلب دوريًا كل سنة إلى ٣ سنوات.



الإختبارات المخبرية المطلوبة لكتاب السن ومرات تكرارها:

- فحص دم مرة سنوياً.
- فحص براز للدم الخفي مرة سنوياً.
- فحص نسبة السكر في الدم مرة سنوياً.
- فحص الكوليسترول ودهون الدم كل 5 سنوات.

اللقاحات التي تعطى لكتاب السن:

- لقاح التيتانوس والدفتيريا عند سن الخامسة والستين.
- لقاح ضد الأنفلونزا سنوياً قبل موسم الشتاء.
- لقاح ضد الإلتهاب الرئوي عند بلوغ سن الستين مرة واحدة.
- لقاح ضد إلتهاب الكبد الوبائي ب للمسنين المعرضين للعدوى كالمرضى المحتاجين لجلسات غسيل الكلى.
- لقاح ضد الدرن للمسنين المعرضين للعدوى الذين يعانون من ضعف جهاز المناعة أو المخالطين لحالات تدرن.

حين نجد أنه من الصعوبة الإقتصادية أو الشخصية الإلتزام بهذه الجداول الصارمة للوقاية فيكون من العملي أن نتبع ما يمكننا عمله منها وأن نترك ذلك لتقدير الطبيب بعد مناقشته في أهمية الإجراء المطلوب وتكلفته.



محتويات الفصل الرابع

٨٨	الصحة النفسية للمسنين
٨٨	١- الإكتئاب
٨٩	■ أعراض الإكتئاب في كبر السن
٨٩	■ الإكتئاب المتخفي
٩٠	■ عوامل الخطر التي تزيد من حالات الإكتئاب
٩١	■ طرق الوقاية من الإكتئاب
٩٢	٢- القصور الذهني المزمن
٩٢	■ أسباب القصور الذهني المزمن
٩٣	■ أعراض القصور الذهني المزمن
٩٣	■ عوامل الخطر للقصور الذهني المزمن
٩٤	■ ماذا يحدث للذهن عند الإصابة بالمرض
٩٤	■ كيف نتعامل مع المشكلات الحياتية للمرض
٩٥	أ- مشكلة السلوكيات الخطرة
٩٦	ب- مشكلة التواصل مع المريض
٩٩	ت- مشكلة توهם فقد الأشياء الثمينة
٩٩	ث- مشكلات مقدمي الرعاية لمرضى القصور الذهني
١٠١	٣- الإنهاك والإساءة لكبار السن
١٠١	■ عوامل خطر حدوث إنهاك المسنين
١٠٢	■ كيف نمنع الإساءة إلى المسنين
١٠٣	٤- حقوق المسنين

الصحة النفسية للمسنين

يمكن لأغلب المسنين تخطي مرحلة الشيخوخة مع تمعهم بالسلامة النفسية والذهنية. وقد يعاني بعضهم من مشكلات مرضية تحتاج لتفهم و التعامل معها حتى لا تكون سبباً في معاناتهم أو عزلتهم. سيتناول هذا الفصل أكثر هذه المشكلات شيوعاً بين المسنين مع التعرض لأسبابها ووصف أعراضها وكيفية الوقاية منها و التعامل معها في حال حدوثها.

١ - الإكتئاب Depression

الإكتئاب هو أحد الإضطرابات الوجدانية التي تحدث للبشر. وتظهر أعراضه بصور مختلفة فمن الشعور بالإنحطاط النفسي والحزن وعدم القدرة على الاستمتاع بمحاج الحياة الطبيعية إلى تغيرات جسمانية كتغيرات في الشهية وطبيعة النوم والقدرات العقلية.

«أشعر بالتعب في كل جزء صغير من جسمي ... ولا أتمكن من النوم ليلاً ... أصبحت لا أجد متعة في أي شيء لا الطعام ولا الحديث مع الآخرين ... لقد ذهب مني العالم القديم بلا عودة».

يصيب الإكتئاب الناس من جميع الأعمار ويكون نتيجة لأسباب متعددة. فينشأ أحياناً من اختلال المواد الكيميائية في المخ، وأحياناً أخرى نتيجة أسباب اجتماعية. عندما يكبر الإنسان تزيد لديه مسببات الإكتئاب العضوية منها والاجتماعية فتزداد نسبة حدوثه بينهم.

يصيب الإكتئاب الشديد (Major Depression) حوالي ٣٪ من المسنين فوق الستين عاماً. وتصيب الكآبة والأعراض الإكتئابية حوالي ٢٠٪ من المسنين في العالم ولا تختلف هذه النسبة في عالمنا العربي عن ذلك. ورغم أنه لا توجد لدينا إحصائيات دقيقة توضح الإرتباط بين نسبة الإنتحار والإكتئاب فإن البعض يؤكد أن نسبة الإنتحار نتيجة الإكتئاب في بلادنا هي أقل من دول أخرى بسبب الموروث الديني والثقافي. يعاني ضحايا الإكتئاب من الإحساس باللاإجدى واليأس فيصبح من الصعب تغيير هذا الشعور. كما تصبح المهام الحياتية البسيطة عصية على التنفيذ ويفيد الموت في حالات الإكتئاب الشديد راحة نهائية وفكرة جاذبة للمسن. ورغم زيادة نسبة الإكتئاب عند النساء منها عند الرجال في السن الأصغر، إلا أن النسبة تتساوى بينهم في كبر السن.

أعراض الإكتئاب في كبار السن



- فقدان الشهية.
- الإحساس بطعم مر في الفم.
- الشكوى المتكررة من الإنتفاخ وآلام البطن.
- آلام العضلات المتكررة بدون سبب واضح.
- فقدان الاهتمام بما يحيط بنا من أحداث.
- الإرهاق النفسي والشعور بالاكتئاب.
- القلق والتوتر.
- الشعور بالذنب.
- الإن شغال بالأحداث الماضية وفقدان التركيز على الحاضر.
- مواجهة الأحداث العادلة بطريقة مبالغ فيها.
- إهمال النظافة الشخصية.
- الإحساس المبالغ فيه بضعف الذاكرة.
- تكرار الشكوى من الأمراض والمتاعب.

الإكتئاب المتخفي: Masked Depression

كثير من حالات الإكتئاب بين المسنين، تظهر بشكل متخفي، ومن المألوف أن يصف الإنسان البالغ أعراضه الإكتئابية بدقة تتيح للمحيطين به معرفة ذلك. بل إن البعض يذهب للطبيب قائلاً: «أشعر أنني أعاني من الإكتئاب». تتخذ أعراض الإكتئاب صورة مختلفة عند المسنين. ويشيع بين المحيطين بهم عدم القدرة على ملاحظة هذه الأعراض، وبالتالي فقدان الفرصة لتشخيص المرض وعلاجه، مما يؤدي بالمسن للغوص تدريجياً في دواماته.

ويزيد من صعوبة الأمر أن شكوى المرضى عادة من أعراض جسدية مألوفة في كبار السن كفقدان الشهية، عدم القدرة على النوم، التعب العام، آلام الجسد المتكررة وضعف الذاكرة يمكن ردها لأمراض أخرى .

كثيراً ما يظهر الإكتئاب عند المسنين في صورة ما يسمى «بالقصور العقلي الكاذب» (Dementia) فتشكو المسنة من ضعف في الذاكرة.

«صرت أنسى مؤخراً كل شيء... لا أتذكر أسماء معارفي... وأنسى أين وضعت مفاتيحي وكمية النقود في حقيبتي... أحياناً لا أتذكر مكان حاجاتي، فبالأمس، وأنا أرتب ملابسي، وضعت كوب الشاي في الخزانة وأغلقت الباب عليه ثم بحثت عنه لمدة ساعة فلم أجده إلا عندما عدت إلى المنزل في المساء. أشعر أن ذاكرتي ضاعت للأبد».

إن هذه الشكوى، والتي تتضمن تذكر أحداث كثيرة في الماضي القريب وتُروى بيسار واستنكار، تنفي في حد ذاتها القصور العقلي وتدعونا للتفكير في الإكتئاب كأحد المسببات خصوصاً إذا ما صاحبها أعراض إكتئابية أخرى، إنها صرخة لطلب المساعدة والدعم. يعتبر ظهور أعراض هيستيرية عند الأشخاص المسنين، في حال لم يكن معروفاً عنهم أنهم شخصية هيستيرية، أحد مظاهر الإكتئاب أيضاً.

لذا يجب أن لا نتردد في زيارة الطبيب في حال شكونا من أكثر من عارض من الأعراض السابقة. لقد أصبح تشخيص الإكتئاب عند المسنين سهلاً. وهناك عدة أساليب علاجية ناجحة يصفها الأطباء للمريض.

ويبقى الجانب الأهم وهو كيف نحمي أنفسنا من هذا المصير من خلال إتقاء عوامل الخطر.

عوامل الخطر التي تزيد من حدوث حالات الإكتئاب

- وجود حالات إكتئاب سابقة في العائلة أو لدى الشخص نفسه.
- الإصابة بأمراض مزمنة أو خطيرة وحدوث إعاقات.
- التقدم في السن والتغيرات في كيمياء المخ.
- فقدان الوظيفة الإجتماعية.
- فقدان الأعزاء من أخوة وأصدقاء وأبناء.
- العزلة نتيجة الظروف أو بالإختيار الحر للفرد.
- تناول الكحول.
- التعرض للعنف والإنتهاك من المحيطين.
- القلق من فقدان الأمان الاقتصادي والإجتماعي.
- فقدان الإستقلالية.
- عدم القدرة على التعبير عن الغضب.



طرق الوقاية من الإكتئاب

- تجنب العزلة والحرص على وجود شبكة علاقات إجتماعية متنوعة حولنا. إن سفر الأبناء وإنشغالهم بحياتهم الخاصة يكون أقل تأثيراً على إمرأة لها علاقات واسعة مع الجيران والأصدقاء والأقارب. كما أن الحرص على أداء الواجبات الإجتماعية من تهان، زيارة مرضى أو عزاء يساهم فيبقاء هذه الشبكة حية ومنتعة. مما أحوجنا اليوم إلى ما فعلته جداتنا من تبادل الزيارات المنتظمة واللقاءات الجماعية لتناول القهوة وتبادل الأحاديث.
- الإنخراط في أنشطة متعددة و هوبيات مختلفة ويجب أن نبدأ ذلك من سن أصغر حتى تصبح هذه الأنشطة جزءاً من نسيج حياتنا (المطالعة أو الكتابة، زيارة الأماكن السياحية والأثرية، البحث في الإنترنت، حضور المباريات الرياضية، السينما والعروض المسرحية، التطوع في الجمعيات الأهلية).
- ممارسة الرياضة والنشاط البدني يساعدان في منع إختلال كيمياء المخ ومن المفضل أن نختار رياضة يمكن ممارستها برفقة آخرين كالمشي وركوب الدراجة أو الألعاب الجماعية. لقد أدخلت الرياضة المنتظمة كوسيلة لعلاج الإكتئاب البسيط في كثير من مراكز الصحة النفسية.
- الصلاة والرجوع إلى الدين يعطي الأمل ويبقى الذهن منشغلًا وينشط الجسم ويريح النفس كما يساهم في تكوين علاقات إجتماعية مع الآخرين، وهذا ما أظهرته العديد من الدراسات.
- الاستماع للموسيقى والأغاني عموماً وخصوصاً ما يرتبط منها بذكريات بهيجة في حياتنا. إن كثيراً من الإذاعات العربية تبث الآن عبر أثير قنوات متخصصة الأغاني والموسيقى التي ترضي معظم الأذواق وبعضها يستمر في البث على مدار ساعات اليوم. إن الموسيقى الهادئة تساعد على الإسترخاء وتستخدم كعلاج مساعد للإكتئاب في الكثير من المراكز الطبية في العالم.
- التخطيط لمواجهة الأحداث المتوقعة وإيجاد البدائل المناسبة مسبقاً مثلاً:
 - ماذَا ستفعل عند الإحالـة إلى التقاعد أو زواج الأبناء وإبعادهم؟
 - هل يمكننا الإشتراك في نظام تأمين صحي للمساعدة على مواجهة الأزمـات الصحية في حال حدوثها؟ وبالإضافة لهذا التخطيط البعـيد المدى للحياة المقبلـة لابد من أن نقوم بعمل تخطيط يومي وأسبوعي لشـغل فراغـنا.
- المصارحة في الحديث إلى من نطمئن إليـهم حول ما يشغل بالـنا وـعدم التـردد في إـستشارـة طـبيبـ العـائـلةـ. إنـناـ بـهـذـهـ الطـرـيقـةـ نـتـخلـصـ مـنـ الـهـمـومـ وـالـقـلـقـ كـمـاـ إـنـناـ قدـ نـجـدـ حلـولاـ لـالـمـشـكـلاتـ الـتـيـ تـواـجـهـنـاـ أوـ نـكـتـشـفـ أـنـهـاـ لمـ تـكـنـ بـالـحـجـمـ الـذـيـ كـنـاـ نـتـصـورـهـ بـعـدـ إـخـرـاجـهـاـ مـخـابـئـهـ دـاخـلـ عـقـولـنـاـ.

٢- القصور الذهني المزمن Dementia

يعرف القصور الذهني المزمن بالترابع المستمر للقدرات العقلية المختلفة. وتتعدد الوظائف العقلية التي يصيب التلف بعضها أو كلها كالذاكرة، الإنتباه والوعي، القدرة على العد والحساب، اللغة والقدرة على التفكير والحكم السليم. ويصاب المسن نتيجة هذا التراجع بتغيرات سلوكية كالعدوانية، الإحساس بالشك في المحيطين به، الهلوسة وفقدان مهارات الحياة العادية.

يؤدي هذا التدهور المستمر إلى إعتماد المسنين المصابين على الآخرين في الرعاية وقد يؤدي ذلك إلى إدخالهم دور الرعاية الممتدة (الإقامة الطويلة) في حال عدم توفر رعاية الأقارب لهم.

أسباب القصور الذهني المزمن

ينتج القصور الذهني المزمن أحياناً عن أسباب يمكن علاجها ويؤدي هذا العلاج إلى تحسن الحالة العقلية، أو على الأقل توقف إستمرار التدهور.

أسباب قابلة للعلاج الذهني:

- أمراض الغدة الدرقية.
- الفشل الكلوي.
- مرض السكري خصوصاً عند حدوث نوبات نقص السكر بشكل متكرر.
- نقص بعض العناصر الغذائية مثل فيتامين ب₁₂، حمض الفوليك.
- إدمان الكحول والمواد المخدرة.

يكون القصور الذهني غير قابل للتحسن في حالات أخرى ويعتبر مرض الألزheimر (سمى كذلك نسبة إلى العالم الألماني الذي وصفه لأول مرة) والجلطات الدماغية المتكررة، من أكثر هذه الحالات شهرة، وتصل نسبة الإصابة بالفشل الذهني المزمن إلى ١٠-٥٪ بين المسنين ما فوق ٦٥ سنة. ويعتبر مرض الألزheimر مسؤولاً عن ثلث حالات الفشل العقلي بين المسنين.

نتيجة إرتفاع معدلات الأعمار تزداد نسبة حدوث القصور الذهني عند النساء أكثر منها عند الرجال. وتحتل النساء عادة النسبة الأكبر في دور الرعاية الممتدة (الإقامة الطويلة) في معظم بلدان العالم نتيجة الإصابة بهذا المرض.

هناك إلتباساً بين الإكتئاب ومرض القصور الذهني، لتشابه أعراضهما، علماً أن المراجعة الطبية تصنف الإكتئاب أحياناً على أنه «القصور الذهني الكاذب». من هنا تنشأ أهمية المتابعة

الطبعية للمسن الذي يعاني من هذه الأعراض لاستبعاد الحالات التي يمكن علاجها: الإكتئاب، التشوش وبعض حالات القصور الذهني القابلة للعلاج.

أعراض القصور الذهني المزمن

- تدهور الذاكرة خاصة تلك المتعلقة بالأحداث القريبة مع الاحتفاظ بذاكرة جيدة للأحداث القديمة ولفترات أطول.
- صعوبة في إستدعاء الألفاظ والأسماء عند الحديث.
- صعوبة في التعرف على الأشياء والأشخاص.
- تغير في الشخصية من اللامبالاة إلى الإثارة والتهيج.
- فقدان الإهتمام بقضايا الحياة المختلفة.
- لجوء المسن لتكرار نفس الأنشطة بدون هدف وتكرار نفس الأسئلة عند الحديث.
- القيام بسلوكيات غير مقبولة إجتماعياً.
- فقدان الإهتمام بالعناية الشخصية.
- الإرتياح بالأشخاص المحيطين به وتخيل أحداثاً لم تقع أصلاً.
- نوبات هلوسة بصرية وسمعية.

يصبح المريض غير قادر على المشي أو تناول طعامه بنفسه في المراحل الأخيرة، ولا يمكنه التحكم بالتبول والتبرز في المرحلة الأخيرة ويصبح معتمداً على الآخرين بصورة كاملة. وتزداد حدة الأعراض بشكل تدريجي ومتواصل خاصة عند مرضي الألزheimر، كما تقل مقاومة الجسد للأمراض مما يؤدي إلى الوفاة.

عوامل الخطر للقصور الذهني المزمن

- إرتفاع معدلات الأعمار.
- العوامل الوراثية.
- الإصابات الدماغية السابقة.
- تصلب الشرايين.
- الخمول العقلي.
- إنخفاض معدلات التعليم.

ماذا يحدث للذهن عند الإصابة بالمرض

«لست متأكدة من إصابة والدتي بمرض الأלצהيمر ... لأنني أجدها أحياناً تحسن التصرف وفي أحيان أخرى تتصرف كالطفل الصغير. تنسى أشياء هامة في حياتها لكنها في الوقت نفسه تتذكر كثيراً من الأشياء... أتصور أحياناً أنها تدعى المرض لكي تستيقنني بجانبها.»

هذا نموذج من الأسئلة التي تدور في أذهان أبناء المصابين بالقصور الذهني المزمن. والحقيقة أن هذا الخلط يحدث نتيجة للتدمير غير المتجانس لخلايا الدماغ. إن الذاكرة في هذه الحالة تشبه الشريط المسجل أو الفيديو وقد تلتف بعض أجزاءه فيما بقيت الأخرى سليمة وحين ندير الشريط قد نستمع لأغنية كاملة سليمة ثم يبدأ الشريط في التلعم في الأغنية التالية أو يتوقف تماماً.

عند حدوث القصور الذهني المزمن يفقد المسن القدرة على إكتشاف التتابع المنطقي للخطوات المؤدية إلى القيام بسلوك معين مثلاً: الكلام، حسن التصرف وإتخاذ قرار سليم. كما يفشل في إستدعاء المهارات اللازمية للقيام بالعمل المناسب من مخازن الذاكرة، فينتتج عن ذلك قيام المسن ببعض التصرفات، كالخروج من المنزل والتجول على غير هدى، أو التبول في غير المكان المخصص لذلك أو القيام برفع إناء من على الطاولة ثم تركه يسقط على الأرض، أو الإستمرار في تذويب السكر بالشاي إلى ما لا نهاية.

يؤدي هذا القصور في المراحل الأولى من المرض إلى شعور المرضى بالإحباط والضياع إذ أنهم يشعرون بقوة أن هناك «خطأً ما» لكنهم لا يدركون أين يمكن هذا الخطأ، ولهذا يصيبهم الخوف. ويساهم رد فعل المحيطين بهم في تفاقم هذا الوضع حيث يشعر المسن بغضب المحيطين وإنفعالهم الرافض غير المفهوم. ويلجأ المنسون إلى العنف أو الإنطواء والصمت كرد فعل على ذلك. كما ينتاب الكثير منهم الشعور بالاضطهاد من حولهم. إن وجود رد فعل في ذاته يدل على حيوية وجданية لدى المصابين بالمرض، إنه مؤشر على أن مشاعرهم وأحساسهم لا تتأثر بل يمكن القول أن هذه الجوانب تصبح أكثر قوة وحساسية برغم التدهور العقلي، علينا بالتالي أن نفكّر كيف نستمر هذا الجانب الإيجابي لتعويض المفقود.

كيف نتعامل مع المشكلات الحياتية للمرض

يواجه مقدمو الرعاية لمرضى القصور الذهني مشكلات عديدة قد يشكل بعضها خطراً على المسن أو المحيطين به وببعضها الآخر يؤدي إلى إنعزال المصاب عن أهله، ومنها ما قد يسبب ضغطاً نفسياً على الأهل ومقدمي الرعاية.

إننا بحاجة، عند تقديم الرعاية لهؤلاء المسنين، أن نتعلم كيف نتفاعل مع الإحساس الذكي وأن نكتسب القدرة على تبادل المشاعر من ناحية تقليها وفهمها وبالتالي توصيل رد مناسب للمسن يشعره بتواصلنا معه. علينا أيضاً أن نفك في الكثير من الإحتمالات ونستعد لها حتى نحمي المسن والمسنة من تبعات بعض التصرفات غير المنطقية.

أ- مشكلة السلوكيات الخطرة:

«يعيش والذي معنا في المنزل... وهو، بشكل عام، قليل الحركة ولم يخرج من المنزل في الفترة الأخيرة إلا بصحبة أحد أفراد العائلة... إستيقظت ذات صباح فوجدت فراشه خالياً... وبعد بحث إستمر يوماً كاملاً وجدها في أحد أقسام الشرطة بعدما عثر عليه شرطي وهو تائه في الشوارع... ولم يكن معه ما يثبت شخصيته فقد كان مرتدياً ملابس النوم».

هذه إحدى القصص المألوفة والتي إننتهت نهاية موفقة إذ تم العثور على المسن. ويعود سبب المشكلة للقلق الذي إنتاب المريض ليلاً وتصرفة بصورة مندفعة مع غياب الإدراك والتذكرة. قد يكون هناك سبب مباشر دفع بالمسن للخروج، لكنه بعد خروجه من المنزل، نسي ذلك في الغالب فأخذ يتتجول بلا هدف إلى أن وجده الشرطي. وباعتبار أن المريض قليل الحركة لم تتوقع إبنته أن يحدث ما حدث فلم تأخذ إحتياطها.

قد تؤدي الرغبة في التجول إلى أخطار أخرى كتناول المسنة دواء هو لغيرها وليس لها أو دخولها إلى المطبخ وفتح غاز الفرن ثم العودة للنوم معرضة نفسها وأهل المنزل جميعاً لخطر الإختناق أو الحرائق. ومن التصرفات المألوفة ترك المسن سيجارته المشتعلة على طرف الطاولة أو نسيان المسنة الطعام على النار فيحدث حريق في المنزل.

الإجراءات الوقائية لحماية الجميع:

- التخلص من أي أدوات حادة، وإبعاد الأدوية عن متناول المريض.
- إغلاق كل محابس الغاز في المنزل، وإبعاد مصادر النيران وعدم السماح بالتدخين إلا في حال وجود من يرعى المسن.
- إغلاق باب المطبخ ليلاً بحيث لا يستطيع المريض فتحه.
- إغلاق باب المنزل الخارجي والإحتفاظ بالمفتاح أو تغيير أسلوب فتح الباب بحيث يستعصي على المسن فتحه.
- الحرص على أن يحمل المرضى بياناتهم الشخصية وعنوان المنزل ووسائل الإتصال بالأهل بشكل دائم. علماً أنه يمكن وضع هذه البيانات في أسوارة حول معصم المريض

أو تخطى بالملابس التي يرتدونها. لقد إبتكرت إحدى السيدات طريقة وهي كتابة إسم والدها ورقم هاتفها على ذراعه بعد كل إستحمام بسبب تكرار حدوث مشكلات التجول وبالتالي عدم قدرتها على التحكم الدائم بذلك.

■ إشغال المريض نهاراً في أنشطة تستهلك طاقته كمرافقته في جولات صباحية أو القيام ببعض الأنشطة وممارسة الرياضة.

في بعض الحالات لا نجد بديلاً عن المراقبة المستمرة طوال الأربع والعشرون ساعة وينصح في هذه الحالة تعليق قطع معدنية معلقة على الأبواب لتنبيهنا في حال قيام المسن من فراشه أو فتح باب غرفته فنستيقظ لمتابعته.

بـ- مشكلة التواصل مع المريض:

هناك عدة أسباب تؤدي إلى فقدان التواصل بين راعي المسنين ومرضى القصور الذهني المزمن كعدوانية المرض أو شعورهم بالإضطرار أو سلبيتهم في بعض التصرفات أو سلوكهم المرفوض إجتماعياً. كما تقف اللغة أحياناً عائقاً أساسياً أمام التواصل السلس معهم.

«لقد أصبحت أمي صعبة المراس وعنيدة، وحين أكون معها تلقى بسلسلة طويلة من الإتهامات لأنباني أنهم سرقوا ملابسها ومصوغاتها... أو تطلب الذهاب للحمام وحين نذهب لا تفعل شيء سوى خلع ملابسها والقعود على كرسي الحمام ثم القيام فوراً وعند خروجنا من الحمام تعاود الطلب نفسه مجدداً... ويزداد الأمر سوءاً حين يتكرر هذا الأمر ليلاً فتحرمي من النوم مما يدفعني إلى أن أحتد أحياناً في تصرفاتي تجاهها ثمأشعر بالذنب والندم بعد ذلك».

يعاني كل من المسنين والمحيطين بهم من هذه المشكلة. ويتبين، في الحالة السابقة، درجة نفاذ الصبر الذي تحدثت عنه إبنة المريضة فيما تأرجحت مشاعرها بين العدوانية والشعور بالذنب والندم. إن مشكلة التواصل هي مشكلة ذات شقين أحدهما يتعلق بالمسن والأخر بمقدم الرعاية ولمواجهة هذه المشكلة لابد من التوجّه إلى الطرفين معاً.

ولتحقيق أعلى قدر من التواصل لابد من تقديم دعم كاف لرعاية المرضى. إذ أن التواصل مع المريض في هذه الحالة يحتاج لصبر ورضا نفسي متصاحبة مع أجواء مرحة من الصعب تخيل وجودها في الحالة السابقة المذكورة.

يمكن تحقيق درجات من التواصل مع مريض القصور الذهني من خلال:

تجنب المواجهة: خلال التعامل مع المريض نحتاج إلى درجة عالية من التسامح وتقبل بعض الأمور غير المنطقية أحياناً كالنوم بملابس الخروج أو القيام بتصرفات غير ملائمة للمكان أو

الزمان. إن استخدام المنطق مع هؤلاء المرضى لا يجدي نفعاً، وبدلاً من إضاعة الوقت في إقناع المسن بأن حائط غرفة النوم ليس المكان الملائم للتبول من الممكن الإمساك بيده ونحن نتحدث إليه عن قائمة طعام اليوم حتى نصل إلى الحمام. ولتجنب المواجهة، نحتاج في كثير من الأحيان إلى حلول مبتكرة (لقد رأيت إحدى السيدات تثقب حلوى الشوكولا المحسوسة لتضع فيها أقراص علاج القلب لوالدها الذي يرفض بإصرار تناول الأقراص).

إستدراج المرضى لاستخدام القدرات العقلية التي لم تتأثر: كالذاكرة القديمة والمشاعر، على أن نقوم بذلك بصورة منتظمة ومستمرة وذلك عبر:

- تخصيص وقت للحديث عن الذكريات القديمة، وخاصة السعيدة منها كالحديث عن الأصدقاء القدامى، أو تقاليد الأعياد أو الأعراس، كيف كانت تتم الإحتفالات في المناسبات المختلفة. ومن المستحسن أن تكون مستعدين بمزيد من الأسئلة عن التفاصيل حتى يستمر الحديث. مع ملاحظة أن نتوقف عن الأسئلة حين نلحظ الانزعاج أو الإستياء باد على وجوهم نتيجة لذلك.
- مساعدة المسنين على ترداد النصوص المحفوظة مثل النصوص الدينية أو الأغاني القديمة وقد يساعد حفظنا لهذه النصوص إستكمال بعض الأجزاء التي نسوها بهدف إتمام عملية التذكر.
- مشاركة المسنين في مشاهدة الأفلام أو سماع الأغاني القديمة، يسمح باستدعاء الذكريات الدافئة. إن إعادة رؤية اليوم صور قديم يتيح لنا متعة الحديث عن الكثير من الأشياء الحميمية ويضفي أجواءً من البهجة على الجميع ويسمح لنا بالتعبير عن مشاعرنا باللوفاء لما فعله هؤلاء الآباء والأمهات لنا. إنها توقيظ ذاكرتنا نحن أيضاً.

الحرص على عدم تحدي مناطق العجز العقلي وذلك عبر:

- الإبتعاد عن الأسئلة التي تتوجه إلى الذاكرة الحديثة مثلاً ماذًا أكلت بالأمس؟ من زارك الأسبوع الماضي من الأحفاد؟ بدلاً من ذلك، يمكننا الحديث معهم بما إذا كانت الفطائر التي تناولناها بالأمس لذيذة جداً أو كيف إستمتع الأحفاد بمشاهدة التلفزيون في منزل الجدة.
- الإستعداد الدائم للثغرات التي قد تحدث أثناء الحديث معهم حتى لا يتوقف. كمساعدة المسنة في إيجاد اللفظ أو الإسم الذي لم تذكره لتستمر في حديثها وهذا ما يستدعي منا الإنبهاء واليقظة لحساسية موضوع الحديث.

إن هذه الأفكار وغيرها تتيح لهذه المجموعة من المسنين الشعور بالرضا. وتساعدهم على الإبقاء على عقولهم نشطاً بقدر الإمكان وتمنحهم الهدوء النفسي وتقلل من توترهم وتشعرهم بالثقة بالنفس. كما أنها تجعل مقدم الرعاية، يتذكر أنه أمام إنسان له تجاريه الجديرة بالإهتمام والنقاش كما تهبه الشعور بالسعادة والحميمية.

تقديم الدعم لمعظمي الرعاية حتى يمكنهم إيجاد الطاقة النفسية للتواصل مع المريض:

■ يفضل أن يقوم أكثر من شخص بالتبادل في رعاية المريض لما تسببه الرعاية المستمرة من إنهاك جسدي ونفسي يؤثر سلباً على عملية التواصل مع المسنين.

■ يجب أن تتحدث الرعاية عن متابعتها مع من تثق بهم للتخفيف من الضغط النفسي الذي تعانيه. تعتبر الكثيرات من الراعيات أن التنفيذ عن همومهن هو نوع من الشكوى المرفوعة إجتماعياً وخصوصاً عندما يكون المسن أباً أو أماً. يؤدي هذا الرضوخ الاجتماعي إلى توجيه الغضب أحياناً إلى المريض نفسه وربما إلى الأبناء وقد يؤدي إلى متابعة نفسية جمة تصيب من تقوم بالرعاية.

■ يجب مقاومة الميل إلى الانعزال الاجتماعي. إن الكثيرات من الراعيات يستغرقن في مهامهن الصعبة ويبدأن تدريجياً في البعد عن الأنشطة الحياتية الأخرى ويعتدن على الإنعزال وتكريس أنفسهن لخدمة المرضى. من الضروري أن تحاول الرعاية الحصول على قسط من الوقت تخصصه لنفسها تمارس فيه نشاطاً تحبه وتحتلت بالناس وبذلك تجدد طاقتها النفسية.

إشراك الأطفال في العناية بالمرضى:

من الملاحظ أن مرضى القصور الذهني هم شديدو التجاوب مع الأطفال في أعمارهم المختلفة. ينظر الطفل باندهاش إلى الجدة وهي تحاول بصعوبة ربط أزرار ملابسها وقد يتقدم الطفل ويحاول مساعدتها في الأمر. سيستفرق الإثنان في مهمة طويلة ومنهكة وسعيدة لكلاهما. ولن تشعر الجدة خلالها أن تصرفاتها كانت موضوع إنتقاد.

لقد رأيت جدات يلعبن مع حفيدياتهن بالعرائس لساعات طويلة بدون ملل من الطرفين. ورأيت أحفاداً يستمرون بالإجابة على أسئلة الجد المتكررة بإهتمام وكأنهم يسمعوها لأول مرة. يمكننا أن نشجع الأطفال الأكبر سنًا على تمضية وقت مفید مع الأجداد بإعطائهم جهاز تسجيل صغير وشرائط ونشجعهم على لعب دور الصحافي الذي يسأل الأجداد عن تجاربهم وخبراتهم السابقة.

طبقت سيدة هذه النصيحة فروت لي:

«كنا نجتمع مراراً ونستمع بشغف إلى شرائط التسجيل بحضور والدي وإبني ونستمع بشغف إلى الحوار... كان والدي يعيد نفس الحكايات حين يستمع لنفس السؤال من المسجل مرة أخرى... وكنا نضحك كثيراً... الآن وبعدما توفي والدي ما زلنا نستمع للشرائط ونترحم عليه... لقد ساعتنا هذه النصيحة في إشغال الجد والحفيد... أما إبني الآن فيحمل أن يكون مذيناً».

يمكن للأبناء المساعدة في العناية أيضاً بالخروج مع الأجداد في نزهة أو مصاحبتهم في نشاط ما و تستطيع الأم في هذه الأثناء أخذ قسطاً من الراحة.

من المهم عند إشراك الأبناء في الرعاية، خاصة الصغار منهم، التأكد من أن المريض المسن غير عدواني ويستحسن أن يتم ذلك تحت رقابة أحد الكبار حتى لا نتسبب بأي إضرار للطرفين نتيجة لردات الفعل غير المتوقعة من الطرفين عن قصد أو غير قصد.

ت - مشكلة توهם فقد الأشياء الثمينة:

يعبرُ مرضى القصور الذهني عن إحساسهم بالضياع بتوهم فقدان الأشياء، وقد يفقدون أشياءهم فعلاً نتيجة لضعف الذاكرة. من هنا تأتي أحياناً ثورتهم وإاتهامهم للأقارب بالسرقة كرد فعل لشعورهم بالغضب من ردود الأفعال غير المفهومة من مقدمي الرعاية تجاههم ولفقدان التواصل معهم.

لا يشكل البحث عن الأشياء عملاً مجدياً إلا أنه من الأجدى أن نعمل على تجنب أسباب المشكلة من الأساس كما تساعدنا بعض الإقتراحات على تقليل عدد الأماكن الممكنة لإخفاء أو فقدان الأشياء مثلاً:

- إزالة الأثاث غير الضروري من مكان معيشة المريض.
- التخلص تدريجياً من الأشياء غير الضرورية ووضعها في خزانات مغلقة.
- الإحتفاظ بنسخ من الأشياء الهامة مثل المفاتيح.
- محاولة إكتشاف الأماكن المفضلة لإخفاء الأشياء.
- التأكد من محتويات سلة المهملات قبل تفريغها.
- عدم مواجهة المريض ومناقشه بل موافقته على أن الأشياء قد ضاعت فعلاً وأننا سنساعدك في البحث عنها.

ث - مشكلات مقدمي الرعاية لمرضى القصور الذهني:

«كان والدي مصاباً بمرض الأלצהيمر، قامت والدتي المسنة برعايته لسنوات طويلة قبل وفاته... وفي أثناء مرضه كانت والدتي دائمة الشكوى منه خصوصاً أنه لم يكن الزوج المثالي خلال حياته معها... وتصورنا أنها بعد وفاته ستكون سعيدة، لكنها أصبحت كبالونة فارغة من الهواء إذ أصبحت حياتها خاوية تماماً».

- تنتاب مقدمي الرعاية مشاعر متناقضة أثناء عنائهم بالمسن فتتأرجح هذه المشاعر ما بين العطف والغضب والإنكار واليأس والإحباط والإحراج والقلق النفسي والعزلة والشعور بالذنب. وتزداد هذه المشاعر حدة إذا لم يكن مقدم الرعاية على وفاق مع المسن قبلًا. كما قد يسأل الراعي نفسه كثيراً هذا السؤال: «هل سيحدث هذا الأمر لي أيضاً فيما بعد؟» ومن الطبيعي، بعد أن تنشغل عواطفنا لهذا الحد، أن نشعر بالخواء بعد موت المريض.
- تصل نسبة الإكتئاب إلى ٥٠٪ بين مقدمي الرعاية وتزداد إحتمالات الإكتئاب عند الراغبين غير الواقعين في نظرتهم للمرض وتطوره، كذلك عند أولئك الأقل صلة بالمريض كما هو في حال قيام زوجات الأبناء برعاية الحمى أو الحماة.
- تؤدي الرعاية المستمرة للمرضى إلى تناقص أو فقدان طاقة القائم بالرعاية كما قد يعاني من مشكلات جسدية نتيجة الإرهاق وعدم النوم. وتعاني الكثيرات من النساء القائمات بالرعاية من إرتفاع ضغط الدم وفقدان الشهية نتيجة التوترات المستمرة. يفقد بعض مقدمي الرعاية قدرتهم على ضبط الأعصاب ويتوترون لأقل سبب كان وقد يعاني المريض أو أفراد العائلة الآخرون من توترهم.

كيف نحصل على الدعم لنتمكن من الإستمرار؟

- تأكدي من أن كل مشاعرك بالإرهاق والغضب مشروعة.
- إقرئي عن المرض وكوني واقعية في أهدافك.
- تحدثي مع شخص آخر عن معاناتك بلا خجل.
- خصصي وقتاً لنفسك بشكل دوري مارسي فيه نشاطاً تحبينه.
- حاولي الحصول على المساعدة من الآخرين كالأقارب والأصدقاء أو من أشخاص محترفين كمرافقي المسن والتمريض.
- أدخلني المريض إلى مؤسسات الرعاية لفترات قصيرة حيث يمكنك الحصول على إجازة.
- إحصلي على المساعدة الطبية النفسية حين تحتاجينها، وقومي بزيارة الإختصاصي/الاختصاصية النفسي وتحديثي معه عن مشاكلك عند الحاجة.
- حاولي إضفاء جو من المرح على العلاقة بينك وبين المريض بالقدر الممكن.
- إنتسبي إلى إحدى الجمعيات الأهلية الموجودة في بلدك، ومنها جمعيات الألزheimers، حيث يمكنك لقاء آخرين يعانون من نفس معاناتك، وتبادل المشورة معهم.

٣- الإنتهاك والإساءة لكبار السن Elderly Abuse

الإساءة لكبار السن مفهوم واسع لا يتضمن فقط الإساءة البدنية ولكن يتعداها إلى الإساءة النفسية والعاطفية والإستغلال الاقتصادي، كما يشمل الإهمال وإنتهاك الحقوق الأساسية لهم. ورغم ما ندعوه جميعنا أن مجتمعاتنا خالية من هذه المشاكل إلا أن المطالعة البسيطة لصفحات الجرائد اليومية تؤكد حدوثها مع حاجتنا لمناقشتها وإيجاد الوسائل لمنع تفشيها.

إن نسبة عالية من الإساءة للمسنين تحدث للذين وصلوا إلى مرحلة الشيخوخة المتاخرة وقد لا يبلغ المسن عنها للأخرين نتيجة ضعفه وعدم قدرته، أو رغبته في حماية من قام بهذه الإساءة من المحظيين به الأعزاء على نفسه. تنشأ جذور هذه المشكلة منذ الطفولة. إن الطفل الذي شاهد حدوث حالات عنف داخل العائلة يكون أكثر استعداداً لممارسة هذا العنف عند الكبر أو على أقل تقدير يكون غير حساس لمشاعر واحتياجات الآخرين بالأخص الضعفاء منهم.

لقد قرأنا جميعاً عن حوادث قتل المسنين بغرض السرقة أو إرغامهم على اللجوء لدور المسنين رغم عدمهم لإخلاء المسكن لابن يرغب في استخدامه بسبب الزواج. كما يصادف العاملون الصحيون في مجال طب المسنين مظاهر عديدة للإهمال بين المرضى.

«لاحظنا أن شبابيك المنزل لم تفتح لمدة يومين... اتصلنا بأقارب لها... فتحنا الباب فوجدناها فاقدة الوعي في الحمام».

هذا ما ذكره أحد جيران إحدى المسنات. إتضح فيما بعد إصابتها بجلطة دماغية. إن سقوط مسنة في دارها وبقاءها بين الحياة والموت أيام دون أن يدرى بها أحد رغم وجود أقارب يعلمون ضعف حالتها الصحية هو أحد مظاهر الإساءة للمسنين.

عوامل خطر حدوث إنتهاك المسنين

أسباب تتعلق بالمسنين:

- التقدم في السن.
- الاعتماد على مقدم الرعاية بشكل كامل.
- العزلة الاجتماعية.
- وجود قصور ذهني مزمن.
- إدمان الكحول.

أسباب تتعلق ب يقدمى الرعاية:

- معاناتهم من صعوبات اجتماعية واقتصادية وصحية.
- عدم خبرتهم بمشاكل الأعمار.
- وجود آمال غير واقعية حول تقديم المسنين في العمر.
- عدم القدرة على خبط النفس.
- كون مقدم الرعاية من الشخصيات النقدية والمبالغة لللوم.
- تعرض مقدم الرعاية للعنف في الماضي.
- غياب الدعم عن مقدمي الرعاية.
- وجود علاقة سيئة وغير مشبعة سابقة بين الراعية والمسن.
- تعدد أعباء مقدمي الرعاية.

أسباب عائلية:

- وجود تاريخ للعنف الأسري.
- الضغوط الاقتصادية.
- عدم وجود دعم متبادل وتقارب بين أفراد الأسرة.
- الصراعات المالية.

كيف نمنع الإساءة الى المسنين

إن إبقاء هذه المشكلة يقع على عاتق المجتمع بأكمله، فالتوجه لقضايا الفقر والبطالة والسكان والعنف والأسرة هي مهمة إجتماعية في الأساس. ولكن هناك خطوات متعددة يمكن تنفيذها للتقليل من عوامل الخطر وتحقيق قدر مناسب من الوقاية:

- الحرص على إبقاء المسنين متمتعين بأعلى قدر من الإستقلالية والقدرة على القيام بوظائفهم الحياتية من خلال العلاج الطبيعي والعلاج بالعمل أيضاً بإستخدام الوسائل المساعدة على إستمرار الحركة.
- المتابعة المنتظمة واليومية للمسنين الذين يعيشون بمفردهم سواء من قبل الأهل والجيران أو جمعيات أهلية وسلطات صحية.
- تقديم الدعم لمقدمي الرعاية والعمل على تقليل توترهم وعزلتهم.



- المشاركة في مجهود رعاية المسنين من قبل أفراد متعددين سواءً من العائلة والأصدقاء أو الأشخاص المؤهلين لذلك.
- إستخدام كل الموارد الإجتماعية المتاحة لدعم مقدمي الرعاية كجمعيات رعاية مرضى الألزheimر وغيرها من الجمعيات الأهلية.
- تشجيع مشاركة المسن في نوادي المسنين أو أماكن الرعاية النهارية.
- تدريب العاملين في أماكن الرعاية على وسائل إكتشاف ومواجهة إنتهاك المسنين.
- نشر المعرفة بقضايا صحة المسنين ومشاكلهم وكيفية الإستعداد لمواجهة الصعوبات.
- العمل على زيادة حساسية المجتمع بشكل عام تجاه الفئات الأضعف داخله.

٤- حقوق المسنين

يجب أن يتمتع المسنون بكافة حقوق الإنسان بالإضافة للحق في الإستقلالية والمشاركة والرعاية وتحقيق الذات والتوقير والكرامة والإحترام. وتمثل مبادئ الأمم المتحدة الخاصة بكبار السن مسودة تفصيلية لما دعت إليه الأديان والمبادئ الإنسانية بشكل عام في هذا الخصوص.

مبادئ الأمم المتحدة الخاصة بكبار السن

تبنت الجمعية العامة للأمم المتحدة في قرارها رقم ١٩٩١ /٤٦ مبادئ تتعلق بكبار السن ووجهت الدعوة لحكومات الدول بدمج هذه المبادئ في برامجها القومية بقدر الإمكان. وتلقي النقاط التالية بعض الضوء على هذه المبادئ:

الاستقلالية

- يجب أن يحصل المسنون على الغذاء والماء والملابس والمسكن والرعاية الصحية الكافية من خلال توفير الدخل والدعم من الأسرة والمجتمع.
- يجب أن يحصل المسنون على فرصة العمل أو حق الحصول على فرص أخرى لتحسين الدخل.
- يجب أن يشارك المسنون في تحديد موعد تقاعدهم عن العمل.
- يجب أن يحصل المسنون على حقهم الكامل في برامج التعليم والتدريب.
- يجب أن يتمتع المسنون بحقهم الكامل في العيش في مكان آمن والتكيف مع التغييرات العصرية المختلفة.

المشاركة:

- يجب أن يبقى المسنون مرتبطين مع المجتمع ومساركين بفاعلية في إعداد وتنفيذ السياسات التي تتعلق مباشرة برفاهم وكذلك تبادل الخبرات والمهارات مع الأجيال الشابة.
- يجب أن يكونوا قادرين على البحث وتطوير الفرص التي تخدم المجتمع وكذلك العمل كمتطوعين في أماكن تتناسب مع إهتمامهم وقدراتهم.
- يجب عليهم كذلك أن يشكلوا ملتقى أو جمعيات لخدمة كبار السن.

الرعاية:

- يجب أن يستفيد المسنون من الرعاية والحماية المقدمة من أسرهم ومن المجتمع طبقاً لنظام كل مجتمع وقيمه الثقافية.
- يجب أن يتمتع المسنون بالحصول على الرعاية لمساعدتهم في البقاء وإستعادة أفضل مستوى من الحالة البدنية والعقلية والنفسية ومنع أو تقليل إصابتهم بالأمراض.
- يجب أن يتمتع المسنون بالحصول على الخدمات الإجتماعية والقانونية لدعم إستقلاليتهم وحمايتهم ورعايتها.
- يجب أن يستخدم المسنون مستويات مناسبة من الرعاية المؤسسية التي تتيح لهم الحماية والتأهيل والنشاط الإجتماعي والعلقى في بيئة آمنة.
- يجب أن يتمتع المسنون بحقوق الإنسان كاملة والحقوق الأساسية عند الإقامة في أي مسكن أو مصح مع مراعاة الإحترام الكامل لكرامتهم ومعتقداتهم واحتياجاتهم وخصوصياتهم وكذلك حرية إتخاذ القرار فيما يتعلق برعايتها الصحية ومستوى المعيشة اللائق بهم.

تحقيق الذات:

- يجب أن تتاح للمسنين فرص التنمية الشاملة لقدراتهم.
- يجب أن يكون للمسنين الحق في الحصول على المصادر التعليمية والثقافية والترفيهية في المجتمع.

التوقير والكرامة:

- يجب أن يعيش المسنون موقرين ومكرمين بعيداً عن الإستغلال البدني والذهني.
- يجب أن يعامل المسنون بعدالة دون النظر إلى العمر أو النوع أو الجنس أو العرق أو الإعاقة أو أي وضع آخر وأن يكون تقديرهم بعيداً عن مساهمتهم المالية في المجتمع.

محتويات الفصل الخامس

١٠٦	الإعمار أسلوب حياة
١٠٦	المسنون والقدرة على التكيف
١٠٧	الإحالة إلى التقاعد
١١٠	كيف يمكننا ملء وقت الفراغ
١١١	ترتيبات الحياة
١١٣	فقدان شريك الحياة «الترمل»
١١٥	المسنون وممارسة أنشطة الحياة اليومية
١١٦	العناية بالملابس
١١٧	المسكن المناسب
١١٨	الدعم الاجتماعي
١١٩	المحافظة على النشاط الجسدي والروحي والعقلي والإجتماعي
١٢٠	١. المحافظة على النشاط البدني
١٢١	٢. المحافظة على الصحة العقلية
١٢١	٣. الحياة الروحية للمسنين
١٢٢	٤. العلاقات الإنسانية والعائلية

الإِعْمَارُ أَسْلُوبُ حِيَةٍ

يعتمد الإِعْمَارُ الناجح على التعامل مع تغير الأحوال بإيجابية. ونحن أوضحنا في الفصول الأولى عدداً من التغيرات الصحية وكيفيه التعامل معها. في هذا الفصل سنتناول بعض التغيرات الإجتماعية والإقتصادية وأساليب التعامل معها.

المُسِنُونَ وَالْقَدْرَةُ عَلَى التَّكِيفِ

التَّكِيفُ هو قدرة الكائن على الحياة والإستمرار والنشاط رغم وجود معicقات في البيئة المحيطة به أو قصور في قدراته العامة. يتحقق التَّكِيفُ في الكائنات الأدنى بتحويل الكائن لقدراته ليستمر في البقاء رغم الظروف المعاكسة، أما الإنسان، ذلك الكائن الأكثر تعقيداً، فيحدث التَّكِيفُ على مستويين: تعديل البيئة المحيطة بنا لتتلاءم مع ظروفنا وتعديل ظروفنا لتتلاءم مع البيئة المحيطة بنا. خلال هذه العملية المستمرة يبقى هدفنا الدائم هو تحقيق أعلى قدر من الفاعلية والأمان لأنفسنا. رغم ما يشاع من أن الإِعْمَارَ يؤدي إلى فقدان المرونة إلا أن القدرة على التَّكِيف لا تتأثر. وكثير من المسنين يلجأون لحيل وطرق مختلفة لمواجهه مشاكل الحياة والصحة.

«بعدما سافر الأبناء وأصبحت غير قادرة على العناية بمنزلي الواسع... فكرت في تأجير بعض غرف المنزل لطلابات الجامعة المفترضيات... إن وجود هؤلاء الفتى مع رغب بعض المشاكل الصغيرة منعني حياة جديدة وجعلني غير معتمدة إقتصادياً على أبنائي وحماني من الوحدة».

لقد لجأت هذه المسنة لأسلوب إيجابي في التَّكِيف مع مشاكلها وتمكنت من تعديل البيئة المحيطة بها وسلوكها المعتاد.

وقد تكون المشكلات أكثر تعقيداً، فيلجأ المسنون أحياناً إلى نوع من التَّكِيف السلبي.

«بعد أن زاد وزني كثيراً قللت من حركتي لتجنب الألم حتى أتنى وضع أدوات عمل الشاي بجوار فراشي حتى لا أضطر إلى القيام من الفراش مراراً».

إن قلة الحركة وتعديل البيئة في هذه الحالة يعكسان سلوكاً سلبياً كان من الممكن تفاديه باللجوء لأسلوب إيجابي وهو إنقاذه الوزن من خلال تغيير نمط التغذية وممارسة الرياضة حتى تستمر الحياة بصورة طبيعية.

تزايد القدرة على التكيف في الحالات التالية:

- الحالة الصحية الجيدة للمسنين ووجود وضع اقتصادي يوفى الحاجات الأساسية.
- توفر المعلومات للتمكن من التعامل مع مشاكل الشيخوخة الصحية والاجتماعية.
- توفر شبكة إجتماعية داعمة من الأسرة والأقران.
- الإستعداد النفسي لاستقبال هذه المرحلة من العمر والتخطيط لها.
- الرضا عن النفس والإحساس بالسلام الداخلي.
- الإحساس بالقدرة على التحكم في أمور الحياة اليومية.
- وجود بيئة مناسبة لا تتعدى إمكانيات وقدرات المسنين.

الإحالة إلى التقاعد

يؤثر فقدان الوظيفة، التي أعطيناها معظم عمرنا وجهدنا، على النساء والرجال معاً. إذ أن فقدان الوظيفة يعني فقدان جزء كبير من دخلنا المالي وفقدان سلطتنا التي نمارسها على مروءوسينا أو الصالحيات التي كنا نمارسها في أعمالنا وفقدان شبكة واسعة من العلاقات الإجتماعية والصداقات المرتبطة بمكان العمل وتعني أيضاً ساعات طويلة من الفراغ لا نعلم ماذا نفعل بها.

«أصبح يومي مضطرباً ... كان العمل ينظم لي حياتي... أصحو في السابعة صباحاً وأعود في الرابعة عصراً وأعرف تماماً ماذا سأفعل في الساعات الباقيه وأتلهم له... أما الآن ماذا سأفعل بكل هذه الساعات الزائدة؟».

هذا ما نسمعه من كثير من المسنين الذين لم يحسنوا التحضير والإستعداد لهذا اليوم، حيث يعني العمل للكثرين منا الفاعلية الإجتماعية والأمان الاقتصادي وتنظيم الحياة الشخصية.

يقول الرجل: «إنني أعمل صباحاً وأستريح مساءً» بينما تختلف هذه المقوله عند النساء فيقلن عادةً: «نحن نعمل صباحاً خارج المنزل ومساءً في منازلنا لاستمرار الحياة يوماً آخر».

هذا الفارق يساعد الكثيرات من النساء على إجتياز مرحله التأقلم مع الإحالة إلى التقاعد بنجاح أكبر. وإن ظلت بعضهن ترى

«أن الأعمال المنزليه التي كنت أظنهما تستغرق دهراً من قبل، تنتهياليوم في ساعات محدودة من الصباح فأبقى طوال فتره المساء أعاني من الفراغ».

قد يحال أحد الزوجين، غالباً الرجل، إلى التقاعد قبل زوجته العاملة بعده سنوات. يؤدي هذا الوضع إلى تفاقم الشعور بالأسى عند الزوج نتيجة إنقلاب الصورة النمطية المقبولة لأدوار الزوجين. يعبر الزوج عن ضجره تجاه الوضع الجديد بشكل غير مباشر بعصبية ويلوم شريكة حياته على أية مشكلة قد تطرأ على حياتهما المشتركة. ويكون عادة رد الفعل الطبيعي من الزوجة جارحاً

«ماذا يريد مني؟... ألا يرى كيف أعود منهكة من عملي حتى يطالبني بالمزيد بينما يجلس هو في المنزل لا يفعل شيئاً طوال اليوم!؟».

إن الإحالة إلى التقاعد تكون عادة الإشارة الأولى لبدء مرحلة حياة بنمط جديد. ومن الأفضل أن نبدأ في التحضير لها في وقت مبكر في منتصف العمر بالتفكير الإيجابي والخطيط لمواجهة المشاكل المتوقعة.

علينا أن نسأل أنفسنا عدة أسئلة وأن نحاول إيجاد إجابات واقعية لكل منها:

- ما هي البديلات التي يمكننا اللجوء إليها لنعيش حياة فعالة بعد الإحالة إلى التقاعد؟
- هل لدينا شبكة علاقات إجتماعية من الأهل والأصدقاء لتكون رصيداً لنا في هذا اليوم؟
- كيف يمكننا التخطيط لمواجهة إنخفاض دخلنا بعد التقاعد؟
- كيف يمكننا الاستفادة من الوقت الطويل الذي أصبح ملكاً أخيراً وكيف سنستمتع به؟

إن الإجابة على هذه الأسئلة هي بمثابة وضع خطة شخصية لمواجهة الإحالة إلى التقاعد بشكل فعال. إننا على وشك أن نصبح أحجاراً في إختياراتنا حول ما نريد أن نفعله وكيف سنستثمر الوقت.

- علينا أن نفك ملياً في مئات المهام والخطط المؤجلة التي طالما حلمنا في أن ننجزها يوماً ما.
- علينا أن نحدد الأولويات ونعيد ترتيب حياتنا في ظل الوضع الجديد.
- كما أن علينا أن نتخيل برنامجاً يومياً وأخر أسبوعياً يمكننا الالتزام به وتطبيقه من اليوم الأول لتقاعdenا.

كما يمكن أن يتسع ببرنامجنا الجديد لتعلم مهارات أو معارف جديدة طالما حلمنا بتعلمها أو إتقانها في الماضي. ليس هناك من عمر محدد تتوقف عنده قدراتنا عن إكتساب معارف جديدة. لقد تعلم الكثير من المسنين استخدام الكمبيوتر ليتمكنوا بذلك من الإتصال بأبنائهم بواسطة البريد الإلكتروني أو متابعة ما يدور على شبكة الإنترنت.

أعرف سيدة أمية تعلمت القراءة بعد السبعين لتتمكن من قراءة مذكرات زوجها الراحل بنفسها. وكثيرون تعلموا مهارات يدوية مختلفة لينجزوا أعمال حلموا بها سابقاً أو لزيادة دخلهم. إن وجود دافع للتعلم يساعدنا على الإستمرار في عملية التعلم في هذا السن.

لقد أسرّ لي زوجي بعد تقاعده أنه لطالما رغب في ممارسة بعض الأعمال المنزلية لكن عمله لم يكن ليسمح له بذلك. أما الآن فهو يقوم بمساعدتي في الأعمال المنزلية بقناعة تامة وقد أثبت جدارة في بعض الأعمال التي تفوق في أدائها.

- إن انخفاض الدخل بعد التقاعد يستوجب منا مواجهة عدة أمور منها:
 - إعادة ترتيب أولويات إحتياجاتنا وإعادة تقسيم الدخل بطريقة أكثر ذكاءً. كثيرون مما ينفقون جزءاً كبيراً من دخلهم في شراء أشياء يمكن الإستغناء عنها ببساطة ودون أي معاناة. وتمثل معرفة هذه الأشياء وإستبعادها من قائمتنا خطوة أولى لترشيد الإنفاق.
 - التخطيط المبكر لمرحلة التقاعد وكيفية توفير مصادر مالية مساعدة من خلال الإستثمار أو الإدخار للمستقبل.
 - الإشتراك في النظم التأمينية الصحية والإجتماعية التي تساهم في توفير الأمان عند التعرض لمشاكل الإعصار.
 - محاولة الإرتباط بعمل مناسب تطوعياً أو مأجوراً وفقاً للإمكانات والخبرات ويفضل في هذه الحالة العمل بعض الوقت أو الوقت الذي يمكننا خلاله ممارسة العمل وحسب ظروفنا الشخصية والصحية.

كيف يمكننا ملء وقت الفراغ

- تكوين شبكة علاقات إجتماعية فعالة ونشطة على أن لا تكون مرتبطة فقط بإطار العمل. إن الأقارب والجيران وزملاء العمل التطوعي ورفاق المسجد والكنيسة قد يكونون شبكة أكثر استمراراً من الصداقات التي يوفرها العمل المهني.
- السعي لنيل حظنا من الترفيه واللهو. علماً أن ممارسة الترفيه لا تعني إضاعة الوقت وإنما هي وسيلة للنمو والإنتعاش وتجديد الطاقة من خلال ممارسة رياضة مفضلة أو ألعاب جماعية كالطاولة والند. ويرفعه البعض عن نفسه بالزيارات العائلية أو الرحلات الجماعية. وقد لوحظ أن الزراعة والإهتمام بالحدائق والنباتات المنزلية هي إحدى الهوايات المنعشة للروح والمجددة للطاقة.
- ممارسة الشعائر الدينية أحد الأساليب الهامة لشغل وقت الفراغ كما تمثل زيارة الأماكن الدينية وسيلة للتالف الإجتماعي وتؤكد بعض الدراسات أنها تحمل جانباً ترفيهياً أيضاً.
- المشاركة في العمل التطوعي أو العمل العام. تمثل المشاركة في الجمعيات الأهلية وسيلة مهمة لمواجهة المشاكل الإجتماعية المختلفة ومشاركة الأفراد بفاعلية لإيجاد حلول مبتكرة لها. إن مشاركتنا منذ فترة منتصف العمر في العمل التطوعي تتيح لنا فرصة العمل الإجتماعي الحر والفعال الذي لا يقيده سن.
- إستمرار الصلات العائلية وتدعم العلاقات مع الأبناء والأحفاد بحيث لا نفرض أنفسنا على أبنائنا خلال هذه العملية، لكننا نساهم في توفير جو الدفء الإنساني العائلي الذي يحتاجه جميعاً مما يجعل للحياة معنى حقيقياً كالعناية بالأطفال للنساء العاملات.



ترتيبات الحياة

يستدعي التقدم في العمر أحياناً بعض التغيير في ترتيبات الحياة التي تعودنا عليها من قبل. فقد كبر الأبناء وتركوا المنزل الذي كان يضج بصفتهم حتى وقت قريب. أصبح المنزل المزدحم فجأةً كبيراً وخاويًا. في حالات أخرى تحتم الظروف الاقتصادية أن يتزوج الإبن ويسكن في نفس منزل والديه فيتحول المسكن الذي كانت تقطنه أسرة واحدة إلى مسكن يضم عائلتين، ورغم ما تتسم به هذه المشاركة من إيجابية تبادل الخدمات والرعاية إلا أنها لن تخلو من منفعتين لكل من الطرفين.

كما تؤدي الظروف الصحية للمسنين أحياناً إلى حاجتهم لرعاية أبنائهم. من هنا تتعدد الأساليب والطرق، فهناك أبناء يرعون آباءهم عن بعد وكلًا منهم موجود في مسكنه. وأبناء يصررون على إستضافة الآباء في منازلهم لحاجة الآباء للرعاية الدائمة أو بسب ظروف الأبناء الخاصة. مع الأخذ في الإعتبار شروط المسكن التي قد تكون غير مناسبة لقدرات المسنين الجسدية كالسكن في الطوابق العليا مع عدم توفر مصعد، من هنا تصبح إعادة التفكير في ترتيبات السكن ضرورية لاستمرار الحركة والنشاط.

كما يختار بعض المسنين الإنقال إلى دور المسنين حيث تتولى هذه الدور المساعدة في كثير من نشطة الحياة. يزداد إحتمال إختيار دور المسنين في حال عدم وجود أبناء أو سفرهم أو بعد فقدان شريك الحياة.

تواجه الخيارات المتعددة لترتيبات الحياة الكثير من المسنين، وتكون النساء عادة أكثر تعرضاً لها نتيجة زيادة متوسط أعمارهن عن أعمار الرجال، كما قد يكن أكثر حساسية على التغير في ترتيبات الحياة بسبب إرتباطهن الطويل والعميق بالحياة المنزلية والأسرية. كما يشكل تبادل الأدوار بين الأبناء والآباء مشكلة لكلاهما.

«لقد كنت صاحبة القرار في شؤون حياة أبنائي... وهامم الآن يحاولون أن يقرروا
عني ماذا أفعل وأين أعيش».

تشكل قضية إختيار ترتيبات الحياة للفترة المقبلة من العمر قضية هامة يجب تناولها بعناية ودراسة كافة العوامل التي تؤثر على الإختيار. وتشير معظم الدراسات الاجتماعية في

المنطقة العربية إلى أن بقاء المسنين في مساكنهم الطبيعية ووسط أسرهم هو الإختيار الأفضل للأسباب التالية:

- تفادي مشاعر النبذ والعزلة.
- توافر فرص التفاعل الطبيعي مع الأسرة والجيران.
- الحفاظ على فردية المسن التي قد تتقلص في المؤسسات البديلة.
- ضمان عدم التخلّي عن الدور الاجتماعي للمسنين داخل أسرهم.
- الشعور بالمكانة التقليدية داخل الأسرة.
- توافر فرصة التعبير الحر عن النفس في المناخ الطبيعي التقليدي.
- الإحساس بالأمان الذي توفره الإلفة الطويلة مع المكان والأشخاص المحيطين بنا.

ورغم تحيزنا الدائم لهذا الإختيار، فإن هناك عوامل أخرى قد تتدخل لتدعم إختيار مختلف أهمها:

- الحالة الصحية للمسن أو المسنة.
- غياب الأبناء أو بعدهم عن مسكن المسن بسب الهجرة أو غيرها.
- عدم توفر صلات قرابة للمسنين . إحتياجات الأمان الشخصي.
- الشعور بالوحدة داخل البيئة الطبيعية.
- الشروط غير المناسبة للمسكن الطبيعي.

عند مناقشة مسألة إعادة ترتيبات الحياة للمسن يجب أن يوضع حق المسن في الإختيار وما يفضله لحياته المستقبلية كمرشد أساسى لنا جميعاً، فيجب أن لا يُجبر على إختيار ما لا يفضله كترك مسكنه بدون أسباب موجبة تدعو لذلك.

إن الحالة الوحيدة، التي يمكن فيها إتخاذ قرار يخالف إرادة المسن أو المسنة، هي وجود قصور عقلي لا يسمح لهم بتفهم وتقدير عوامل الخطورة في ترتيبات حياتهم كذلك عدم وجود بدائل تسمح لهم باستمرارهم في مساكنهم الحالية.

هناك عدة ترتيبات يمكننا من خلالها مساعدة المسنين على البقاء في مساكنهم وهي ترتيبات يمكن أن تتولاها جمعيات غير حكومية أو جهات حكومية مثل:

- توفير وجبات معدة سلفاً بأسعار مناسبة.
- توفير خدمة مرافق/مرافقه المسن وجليس/جليسة المسن.
- توفير خط ساخن للإتصال به في حال وجود أي مشكلة.
- إنشاء جمعيات أهلية تضم المسنين في المنطقة المحددة وتتولى متابعة ورعاية والترفيه عن أعضائها المنتسبين إليها.
- تنفيذ برامج للزيارات الصحية المنزليّة للمسنين الذين يحتاجون رعاية طبية وتمريضية منتظمة.
- حث السلطات المحلية (البلديات مثلاً) ومطالبتها تقديم برامج للمسنين.

فقدان شريك الحياة «الترمل»

يؤدي فقدان شريك الحياة عادة إلى السقوط في دوامة الحزن والإرتباك الناشئ عن المفاجأة غير المتوقعة. كما يؤدي إلى تغييرات مفاجئة في ترتيبات الحياة بعد ذلك. لقد تعودنا جميعاً سماع هذا الدعاء من الأمهات والجدات المحبات موجهاً لأزواجهن: «أدعوا الله أن يجعل يومي قبل يومك».

من الواضح أن النسبة الأكبر من الرجال يتوفون قبل زوجاتهم. ويحدث هذا الأمر نتيجة لارتفاع معدلات الأعمار عند النساء، أيضاً لأن الأزواج عادة يكبرون زوجاتهم بعده سنوات. تشكل قضية فقدان شريك الحياة إحدى المنحنيات الخطيرة في حياة المسنين خاصة النساء منهم.

قالت لي سيدة مسنة ترملت منذ سنوات:

«رغم أنني لا أدعى أنني كنت أسعد زوجة... إلا أنه كان محور حياتي من الصباح إلى المساء... كان وجوده معي وحتى خلافاتنا تعطي معنى لحياتي... وكان يتحمل عني الكثير من المشكلات... بعد موته بتأشير أنني أواجه العالم بأسره لوحدي وأن نظام حياتي قد اختل تماماً».

قد يعاني المسنون من فقدان المرونة في التعامل مع الأحداث الصعبة وهو ما عبرت عنه هذه الأرملة بعد مرور سنوات على وفاة زوجها. وتزداد هذه المشاعر قوة حين ترتبط هويتنا بكوننا زوجات بالأساس.

يؤدي فقدان الشريك أيضاً إلى مشكلات حياتية مختلفة ومن أهمها:



- الإكتئاب.
- فقدان الراعي الأساسي.
- حدوث مشكلات مالية.
- الحاجة لتغيير ترتيبات الحياة.
- الوحدة والفراغ.

يسعى الرجال عادة بعد الترمل إلى البحث عن زوجة أخرى. وتكون الأسباب المعلنة هي الرغبة في إيجاد امرأة تتولى العناية بشؤون المنزل والأمور التي لم يعتد الرجال على القيام بها. وتكون هناك عادة أبعاد أخرى لهذا الارتباط لا يتم التصريح عنه كالاحتياج العاطفي والجنسي. ويختلف الأمر بالنسبة للنساء إذ تبقى المرأة، في بعض المجتمعات العربية، متشرحة

بالسوداد إلى نهاية العمر كتعبير عن حدادها على زوجها الفقيد. «كيف أخلع السواد؟ ماذا سيقول الناس عنِّي؟». يرجع هذا التصرف عادةً إلى الرغبة في إرضاء المجتمع أساساً، إنه إعلان رسمي عن إستمرار الحزن والحداد رغم أننا نعلم جميعاً أن الحزن الحقيقي هو ما يستقر في القلب.

هناك عدة وسائل تساعدنا على مواجهة مشكلة فقدان الشريك منها:

- الواقعية في النظرة إلى قضية الموت كنهاية حتمية للحياة، فالواقعية تجعلنا نحتفي بالحياة أكثر وأن نسعى لنعيشها كما يجب، إن كثيراً من آلام الفراق تتخذ شكلاً عذباً حين نتذكر السعادة التي تبادلناها مع شريك حياتنا.
- الممارسة الدينية التي تساعدنا على التغلب على أحزاناً وبالتالي تساهم في تقبلنا لفكرة الموت كحالة إنتقال إلى حياة أخرى تنتظرنا جميعاً.
- الحرص على التعبير عن حزتنا بالوسائل التي تساعد على إخراج هذا الحزن من داخلنا. إذ أن الدموع والحديث عن الذكريات والتعبير عن الألم واليأس والقلق من المستقبل، تساعد على الخروج من فترة الحداد الطبيعية والإستعداد لإستمرار الحياة بعد ذلك.
- العناية بإعادة تنظيم المنزل والتخلص من المقعد والفراش الحالي حتى لا يبقى أسرى أشباح الماضي. وذكريات فقدان في كل ساعة من ساعات اليوم. لا يعني هذا التغيير التخلص من الذكريات الحميمة والجميلة والتي ستواجهنا شيئاً أم أبداً خلال الكثير من الأمور المحيطة بنا، لكنه يعني رفض الإستغراف الكامل في الماضي والتطلع للمستقبل من جديد.
- العمل على سد الفراغ الناشئ عن فقدان وذلك من خلال محاولة الإندماج في علاقات إجتماعية متنوعة مع تجنب العزلة وتفعيل ثقتنا بقدرتنا كأشخاص على تجاوز المحن.
- الوعي أن فترة الحزن والحداد تختلف من شخص لآخر ومن علاقة لأخرى. ويجب أن نعطي أنفسنا الوقت المناسب الكافي للمرور بهذه المرحلة وتجاوزها، إننا بذلك نعطي لأنفسنا فرصة التعافي والعودة للحياة بسلام.

لقد عبرت إحدى الأرامل عن تجاوز محنتها وإستمرار حياتها بشكل طبيعي من خلال حديثها:

«كنت أظن أن الحياة ستتوقف بعد وفاته وأنني لن أستطيع الإبتسام بعد ذلك... وهذا أنا أجد سلوتي في قراءة القرآن وافرح بزيارات الأبناء والأحفاد وأتبادل الزيارات مع الجيران فضحك من قلوبنا... لدرجة أنني غنيت ورقشت ببهجة في عرس أصغر أبنائي... إن الحياة تستمر رغم كل شيء».

المُسْنُون وَمَارْسَهُ أَنْشِطَةُ الْحَيَاةِ الْيَوْمَيَّةِ

يؤثر قصور الأعضاء الذي قد يحدث مع الشيخوخة على أداء بعض الوظائف الحياتية لكنه لا يتحول إلى إعاقة إلا حين يصبح مؤثراً على وظائفنا التي تحتاجها للقيام بالأنشطة الإجتماعية. وعلى هذا الأساس فإن المسن ضعيف البصر لا يعتبر معاقة إلا حين يؤدي هذا القصور إلى إنعزاله في منزله وتوقفه عن الإختلاط بالآخرين. لقد تبين أن الكثير من المسنين قادرون على الاعتناء بأنفسهم والقيام بوظائف حياتهم بمفردهم أو بمساعدة طفيفة من الآخرين. ولعلنا في نظرة عامة في شوارعنا ومقاهينا ومنازلنا نتأكد من هذه الحقيقة. لقد رأيت مسنين تجاوزوا الثمانين من العمر ويعيشون بإستقلالية ودون مساعدة من أحد.

يحتاج المسنون المصابون بقصور أو إعاقات إلى إعادة تأهيلهم. فيرتکز الهدف الأساسي لإعادة التأهيل على تقليل حجم الإعاقة وتحقيق أعلى قدر ممكن من الإستقلالية وعدم الاعتماد على الآخرين بأقل نفقات ممكنة على المستوى المادي والإجتماعي.

كما يحتاج المسنون في مرحلة الشيخوخة المتأخرة لتطبيق برنامج تأهيلي حتى أثناء الأمراض العابرة القصيرة الأمد، حيث يميلون بشكل عام إلى الرقاد في الفراش لفترات طويلة مما يؤدي إلى حدوث مضاعفات قد تؤثر على قدرتهم على الحركة بعد ذلك. وعلى مقدمي رعاية المسنين في المنازل ومؤسسات الرعاية الانتباه لهذه الحقيقة من جهة وتشجيع المسنين بكافة الأساليب على ترك الفراش.

بالإمكان الاستعانة بختصاري في العلاج الطبيعي في حال توفره، كما يمكننا وضع خطة بسيطة ينفذها المحيطون بالمسن وذلك من خلال:

- تشجيع ومساعدة المسن على تحريك أطرافه أثناء الرقاد في الفراش.
- وضع قطع من الأثاث في جوار الفراش بحيث يتمكن المسن من الإستناد عليها لتغيير وضعه.
- مناقشة خطة التأهيل مع الطبيب كجزء مكملاً للبرنامج الدوائي.
- تشجيع المسن على تناول الطعام وهو في وضعية الجلوس.
- تشجيع المسن على الذهاب للحمام للعناية الشخصية.
- تحديد أوقات يترك فيها المسن فراشه للجلوس مع الأسرة أو المشي تبعاً لحالته الصحية.
- الإهتمام الكامل بمواعيد تناول الدواء وجرعاته ومواعيد وجبات الطعام ونوعيتها إلى جانب الإهتمام بإعادة إستعادة الحركة كمكون أساسي للعلاج.

العناية بالملابس

هناك علاقة وثيقة بين ما نرتديه من ملابس وبين حالتنا النفسية، بل إن ما نرتديه في بعض الأحيان يملي علينا سلوكيات وتصرفات محددة. إن ارتداء النساء المسنات الملابس القاتمة يفرض عليهن التصرف بوقار حزين ويعزلن عن الخروج عن الأطر المحددة التي يفرضها المجتمع عليهن. علمًاً أن إرتداء بعض أنواع الملابس يؤدي إلى بعض المشكلات الصحية كحساسية الجلد أو اختلال التوازن أو السقوط.

الملابس المناسبة للمسنين:

- اختيار سماعة ونوعية الملابس الملائمة لحرارة الجو.
- تجنب إرتداء طبقات متعددة من الملابس تعوق الحركة.
- إرتداء الملابس القطنية والإبعاد عن الملابس المصنوعة من الألياف الصناعية.
- تجنب إرتداء الملابس الضيقة أو التي يصعب إرتداءها وخلعها.
- تجنب إرتداء الملابس الطويلة والتي قد تؤدي إلى السقوط أثناء الحركة.
- استخدام السوسته (الجرار، السحاب) بدلاً من الأزرار في حال وجود إعاقة حركية.
- اختيار الألوان الفاتحة والبهيجية.



المسكن المناسب

ناقشنا من قبل تأثير البيئة المحيطة على إحداث بعض المشكلات الخطيرة للمسن كقلة الحركة أو السقوط، لذلك لابد من التفكير بعناية في كيفية جعل مساكننا آمنة مع توفير أعلى درجة من حرية الحركة. إن السكن في الطوابق العالية، وبدون وجود مصعد، هو من أصعب التحديات التي تواجه المسنين وترغمهم أحياناً إما على القبول بالعزلة الإجتماعية أو التخلّي عن الكثير من الطموحات والإحتياجات وإما الإنتحال للعيش مع الأبناء. إن طريقة تأثيث المسكن تصبح حيوية مع التقدم في السن وعلينا التأكّد من توفر الأشياء التالية في مسكننا بشكل عام:

- الإضاءة المناسبة.
- إستبعاد قطع الأثاث الزائدة عن الحاجة.
- تثبيت أطراف السجاجيد والموكيت بالأرض.
- إزالة الأسلاك الزائدة أو صفها بموازاة الحائط.
- إزالة أيّة معوقات في الممرات والمسالك وإعتماد الموائد المرتفعة بدلاً عن تلك القريبة من الأرض.
- وضع أوانى المطبخ في أماكن يسهل الوصول إليها ومناسبة لطول المسن.
- التأكّد من أن أرضية الحمام لا تسبّب الإنزلاق وإعتماد لاصق بلاستيك خشن مانع للإنزلاق على أرضية حوض الاستحمام أو السيراميك.
- تركيب مساند جانبية في الحمام وحول حوض الاستحمام في حال الحاجة إليها.
- تعديل إرتفاع الأسرة والمقاعد لتمكن المسن من الجلوس والقيام بسهولة.
- توفير مصباح إضاءة بجوار الفراش ويفضل الإبقاء على ضوء خافت في الغرفة ليلاً.
- التخلص من أي قطعة أثاث ذات أطراف حادة أو مدببة.
- إزالة العتبات بين الغرف أو عند باب الحمام.

في حال وجود سلم أو درج داخل أو خارج البيت، ينصح بالتأكد من الأمور التالية:

- إصلاح أي درجة سلم مكسورة ذات حواف غير مستقيمة ويفضل دهن حواف الدرجات السلم بلون مختلف لتحديد موضع القدم.
- التأكّد من أن إرتفاع الدرابزين مناسب للإتكاء عليه وثبت تماماً حتى لا ينزع من مكانه في حال الإستناد عليه بقوة.

- التأكّل من حسن إضاءة السلم ووضوح الرؤية.
- عدم وضع أي سجاجيد أو موكيت عليه رسوم هندسية على السلالم إذ يمكن أن تتسبّب الرسوم بعدم رؤية الدرجات بوضوح وبالتالي إحتمال السقوط.
- التأكّل من أن درجات السلم لن تسبّب الإنزلاق والإستعانة بالمواد الصناعية المخشنة في حال كانت درجات السلم شديدة النعومة.

الدعم الاجتماعي

تعتمد إستقلالية المسنين على وجود شبكة دعم اجتماعي محيطة بهم. يشكل الأهل المصدر الأساسي لهذا الدعم الاجتماعي في بلادنا، غالباً ما يقوم الأبناء بتوزيع الأدوار فيما بينهم بتقسيم يتفق عليه.

والملاحظ أن الأبناء الذكور يتولون عادة الإنفاق بينما يترك جانب الرعاية للنساء من الأبناء، وفي بعض البلدان العربية التي يسودها نظام العائلة الممتدة تتولى زوجات الأبناء رعاية والدي زوجها بدلاً من بناتهم. علمًاً أن لا مانع أبداً من قيام الرجال أيضاً بالمساهمة بالرعاية المباشرة.

يشكل الجيران أيضاً مصدراً هاماً للدعم الاجتماعي حيث يسود، في ريفنا العربي، نمط المنازل المتقاربة فيجتمع الجيران من رجال ونساء للسفر في المنازل والساحات مما يؤسس فيما بينهم مع مرور الزمن لعلامات صداقة متينة تتوجها عادة مصاهرات ونسب. أما في المدن، ورغم اختلاف نمط الحياة، فلا يزال الجيران في معظم الأحيان يقدم بعضهم دعماً لبعضهم الآخر حيث تتقابل أبواب الشقق وتتألف النساء معاً خلال اللقاءات المختلفة العفوية أولاً. كما يتعارف الرجال حين يتلاقون في أماكن العبادة القريبة أو من خلال مناقشات ترتيبات السكن المختلفة. تزداد أهمية وحيوية هذه الشبكة في حال ضعف شبكة العلاقات العائلية. فالكثير من الحالات المرضية الطارئة يحضرها الجيران لعدم توفر الأهل. ولا يسع المرء هنا إلا أن يندهش من مستوى المتابعة رغم الحوائط والأبواب المغلقة بين الشقق.

«لقد اعتدنا أن نسمع صوت حركتها ونحن ندخل أو نخرج من شقتنا... وحين لاحظنا اختلافاً طرقنا الباب فلم ترد فعرفنا أن في الأمر شيئاً ما».

المحافظة على النشاط الجسدي والروحي والعقلي والاجتماعي

النشاط هو فعل مراوف الحياة، هو تعبير عن إستمرارها. يختلف الجسد والعقل البشري عن الماكينات في حقيقة أساسية هي أن النشاط يزيد من حيوية الجسد والعقل والروح بدلًا من إستهلاكهم. وكما أن التقدم في العمر يشكل فرصة للراحة والإسترخاء بعد التقاعد فإنه أيضًا فرصة للتمتع بمباهج الحياة الكثيرة التي لم نجد لها وقتاً خالٍ إنشغالنا بتيسير حياتنا العملية.

كم كان لكل منا في الماضي من الأمانى لتحقيقها، الآن يمكننا التفكير فيها بحرية تامة: ممارسة رياضة معينة أو تعلم العزف على آلة موسيقية أو ممارسة حرف يدوية أو إعادة طلاء المنزل أو ترتيب صور العائلة في الألبومات أو كتابة تعليق على كل صورة أو زيارة أماكن جديدة أو أداء بعض المناسك الدينية أو تعلم الكمبيوتر أو جمع شمل العائلة بشكل أسبوعي أو العودة للتواصل مع أصدقاء الدراسة أو الإستمتاع بشرب كوب من الشاي الصباحي وقراءة الجريدة بدون أي تعلج. هذا غيض من فيض والقائمة طويلة وكلها أمنيات مشروعة وممكنة وبالتالي خاصة بكل فرد منا ومرتبطة بأشواق الحياة التي لم تتحقق.

يعتقد البعض أن التعلم في الكبر أمر صعب لكن الممارسة العملية أثبتت أن كبار السن قادرُون على التعلم طوال الوقت ما لم يكن هناك من قصور ذهني واضح. كما تسود آراء حول أن تغيير العادات في الكبر شئ صعب وغير ممكן تحت شعار: «من شب على شيء شاب عليه». في الحقيقة إن الكثيرين من الكبار يتبنون عادات غذائية وصحية وأنماط حياتية مختلفة في كبرهم عند إقتناعهم بفائدة ذلك لهم. كما يظن البعض أن كبار السن هم أشخاص غير منتجين وهذا تصور قاصر. يتم عادة تثمين الإنتاج بالنقود. أما الإنتاج البشري هو أعظم بكثير من أن يثمن كبخانع، إذ أن كثيراً من كبار السن يبدعون ويشتغلون في الأعمال التطوعية، ويؤدون خدمات لبقية أفراد العائلة والجيران. ويساعدون على جمع شمل المجتمع من خلال وحدته الأساسية ألا وهي الأسرة. والأهم من ذلك إنهم حلقة الوصل التي تمدنا بثقافة مجتمعنا وقيمه التاريخية. والحقيقة أن كثير منهم يشاركون في عملية الإنتاج السلعي المباشر في ريفنا وحضرنا.

إن التعلم والقدرة على التغيير والإنتاج هي نشاطات مختلفة عقلية وروحية وجسدية ويمكننا ممارستها للتمتع بإعمار ناجح وفعال. وهنا لابد من الإلتفات إلى أن جوائز نobel

للسلام غالباً ما يحصدتها كبار السن وهو تقدير وتشمين للجهود التي بذلوها لتحقيق ذلك فما بالنا بالكثير من الواقع الفاعلة في المجالس النيابية أو المراكز الجامعية حيث تعتمد هذه الواقع على خبرات كبار السن من الرجال والنساء على حد سواء إنطلاقاً من تشمين هذه القدرات وتقدير أشخاصها.

١- المحافظة على النشاط البدني

عندما نكبر يصبح إيقاع أجسادنا أبطأ قليلاً لكنها تبقى قادرة على الحركة والنشاط. ببطء الإيقاع يغري بعض المسنين بالتقليل من الأنشطة البدنية بحجة إراحة الجسم المتعب، فتؤدي هذه الفكرة إلى دخولنا في دائرة مفرغة تهدد فاعليتنا الجسدية.

يتراوح النشاط البدني اليومي الذي نمارسه بين نشاط لتسهيل أمور الحياة اليومية ونشاط التفاعل الاجتماعي وأنشطة أخرى للترفيه. يجب علينا التمسك بالقيام بكل هذه الأنشطة بأنفسنا مادمنا قادرين على ذلك حتى لو كنا نؤديها بشكل أبطأ أو مختلف. كما أن علينا التصدي لمحاولات المحظيين بنا تقديم العون، فليستبدل الأهل جملة: «إبق مرتاح في مكانك... سأحضر لك الطعام بنفسي» بجملة «هيا بنا نحضر الطعام معاً، نتحدث ونحن نتناوله، حتى تكون معى لأطول فترة ممكنة». لقد رأيت كثيراً من الأبناء يصرّون على وضع الطعام في فم المسن المريض بأنفسهم بالرغم من قدرته على تناول الطعام بنفسه حتى لا تبعثر اليده المرتعشة جزءاً منه. يبدي المسنون إحتاجهم على هذه السياسة ورفضهم لها، «كفوا عن معاملتي كطفل صغير... دعوني أتناول الطعام بنفسي».

تحاج أحياناً إلى تعديل بعض الأنشطة لدواعي صحية مثل:

- الإبعاد عن حمل أشياء ثقيلة أو دفع أو جر الأوزان في حال وجود آلام بالظهر ويستحسن في هذه الحالة تقسيم العمل على مراحل أو طلب المساعدة.
- تجنب القيام بحركات مفاجئة كالقيام من وضعية النوم إلى وضعية الجلوس أو الوقوف بشكل مفاجئ حيث أن أوعيتنا الدموية وعضلاتنا تكون غير مهيأة لذلك.
- تعديل حركتنا بما يتلائم مع مقدرة مفاصلنا كالصلة جلوساً إذا ما كان الركوع أو السجود يسببان آلاماً بمفصل الركبة.
- التدرج في القيام بالأنشطة خاصة الرياضية منها وزيادة معدل النشاط تدريجياً.

٢- المحافظة على الصحة العقلية

يمتاز المسنون عن بقية أفراد المجتمع بالخبرات العقلية والوجودانية والروحية المتراكمة على مدى السنوات الطويلة من تفاعلهم مع البيئة المحيطة. إن المسن الذي لا يشكو من أمراض عقلية أو جسدية أو مشكلات اقتصادية واجتماعية شديدة يفترض أنه يتمتع بصحة ذهنية تظهر في:

- القدرة على فهم حقائق الحياة والتعامل معها بكفاءة.
- إمكانية التفكير بشكل منطقي واضح وحل المشكلات الطارئة.
- القدرة على التواصل مع الآخرين.
- فهم وبناء حدود لما هو ذاتي وفردي وما هو جماعي.

إن إبقاء العقل والوجودان يقطنان يحتاج منا:

- الإصرار على التفاعل مع بيئه إجتماعية متنوعة وغنية ومثيرة للعقل والخيال من خلال العلاقات الاجتماعية والإشتراك في الأنشطة المختلفة والحصول على قسط مناسب من الترفيه.
- تطوير القدرات العقلية عن طريق إستمرار التعلم. فلنتعلم في كل فترة شيئاً جديداً: هواية أو رياضة أو معرفة عامة.
- ممارسة هوايات تنشط العقل مثل الشطرنج والطاولة، حل الكلمات المتقاطعة،
- إستمرار القراءة والإنتقال من خلالها إلى عوالم مختلفة حسب اهتماماتنا الشخصية.
- الإشتراك في مجموعات من الناس تتيح لنا التعبير عن أفكارنا والتزود بأفكار جديدة.

٣- الحياة الروحية للمسنين

ترتبط الحياة الروحية للفرد بوجود رسالة للحياة تعطيها معنى أكبر من مجرد الحياة البيولوجية التي تعيشها سائر الكائنات. ويجد الكثير منا في الأديان المختلفة جواباً على هذا السؤال حول معنى الحياة. لقد خلق الله الإنسان ليعمر الأرض ويسعى فيها ويقترب من الوجود الإلهي من خلال تبني القيم التي يدعون إليها الدين.

ورغم أن أكثرنا يعتمد على الدين كمصدر للإلهام الروحي والوجوداني إلا أن هناك مصادر أخرى لدعم حياتنا الروحية ويشكل الإيمان والدفاع عن قضية ما أحد هذه المصادر. إن كثيراً من المناضلين للتغيير واقع سياسي معين أو لرفع ظلم إجتماعي يشعرون بهذا الدعم الروحي

الذي تقدمه الأديان وهم يسعون لتغيير الحياة حولهم إلى حياة تستحق أن تعاش. كما يعرف العاملون في بعض المهن، كالتدريس والتطبيب، هذه المتعة الروحية حين يؤمنون برسالة مهنتهم ويتفانون فيها. ناهيك عن المفكرين وال فلاسفة ومن يستخدمون عقولهم لفهم حقائق الحياة الصعبة.

حين نكون صغاراً، قد يشوب متعتنا الروحية التعصب والرغبة العارمة في تحقيق هدفنا، وحينما نكبر فإننا نكتشف أننا لسنا الوحيدين الذين تناط بهم مهمة تحقيق هذه الأهداف. وتهدا أرواحنا حين نشعر أننا جزء من تيار سبقنا فيه بشر وسيلحق به مزيد من البشر. ينسحب التعصب تاركاً المجال لصفاء روحي خال من المنغصات يمكننا الإستمتاع به ما بقي لنا من العمر.

قال لي صديق مسن: « حين كنت صغيراً تعودت أن أعقد الصداقات أو أن أقيم الناس حسب إقترابهم أو إبعادهم عن أفكري... اليوم أعرف تماماً أن الإنسان يتغير وأشعر أنني أصبحت أكثر تسامحاً مع الاختلاف... بل إنني أصبحت أسعد بمرافقة من يخالفونني الرأي ».

تغذي البيئة المحيطة بنا أرواحنا بكثير من العناصر المثيرة مثل الطبيعة الجميلة أو الفنون المختلفة والأدب والشعر والمواضف الإنسانية النبيلة التي تفاجئنا رغم صعوبات الحياة. وهل هناك شعور أقوى من الحب بكل لوانه ليمنحك التناغم مع العالم الخارجي فينعش أرواحنا؟ لقد أتيحت لي الفرصة لكي أحظ كثيراً من المسنين وهم يقتربون من هذه المرحلة من الوجود الصوفي الديني، والحب الخالص للطبيعة والكائنات وأفعال البشر وسمحت لنفسي أن أغبطهم على هذه الحالة الوجدانية والروحية الفريدة.

٤- العلاقات الإنسانية والعائلية

ثبت أن وجود المسنين وسط أسرهم هام لتوافقهم النفسي. تتعدد الأجيال التي يمكن أن يتفاعل معها المسنون ضمن الأسرة، وهناك أفراد من نفس الجيل من أزواج وأخوة وهناك جيل الأبناء ثم الأحفاد. يثيري هذا التنوع حياة المسنين لكنه أيضاً يطرح عليهم تحديات مستمرة.

العلاقة مع الأحفاد:

تشكل العلاقة مع الأحفاد مصدراً للبهجة للطرفين خاصة في فتره طفولة الأحفاد المبكرة. فالمسن والمسنة يستعيدان تجربة الإنجاب مرة ثانية بدون توتر التوفيق بين الأعباء المتعددة وعبء رعاية هذا المخلوق الصغير.

«أعتقد أنني، حين كنت أمّاً، لم أشعر بهذه السعادة العارمة التي أشعر بها الآن وأنا أضم حفيدي إلى صدرِي... كان كل ما يشغلني هو كيف سأنظم حياتي ومواعيد التلقيح ومواعيد الرضعات وإبتلال الحفاضات... في حين إكتشفت مع أحفادِي أنني لم أستمتع بتجربة الأمومة كما ينبغي...».

وقد لا يخلو الأمر أحياناً من بعض المشكلات كالاختلاف حول أسلوب تربية الصغير، أو مدى التدخل والعبء الذي يمكن أن يتحمله الجدود.

لقد سمعت هذه الشكوى من إحدى السيدات المسنات التي تعتنى بحفيتها:
«أن الأم ترك عبء الرعاية على بالكامل ولا أجد أنه من العدل أن تلومني على تصرف فعلته».

إننا نلمح هنا إلى صراع حول أسلوب تربية الأحفاد وحجم عبء رعايتهم. تختلف الجدات في مدى تقبليهن لعبء الرعاية واتخاذ القرارات ويعتمد هذا الأمر تماماً على شخصية الجدة وقدراتها وثقتها بنفسها. وبشكل عام يستحسن أن تكون قرارات التربية وأعباءها في يد الأبناء لا الجدود وأن يكون الجدود مساعدين في هذا الأمر مما يتاح لهم الإستمتاع بهذه المرحلة من حياتهم ويتيح للحفيد فرصة الحصول على موارد جديدة ومختلفة للحنان.

في حال تعامل المسنون مع المراهقين، يختلف الأمر عادة، حيث يبدأ الشق في الإتساع بين الجد والحفيد. فنرى أن الجد ينتقد حفيده الجالس طوال النهار أمام الكمبيوتر ويلوم حفيديثه التي تعود بعد المغرب من الخارج. في الوقت الذي يتحسر الجدود على الأيام الخوالي «حينها كنا مجتهدين ومطهعين لأهلنا ولا نضيع الوقت فيما لا طائل منه». يمكن القول أيضاً أن الأحفاد أيضاً يكونون في مرحلة حرجة ويعانون من المشاكل الكثيرة ويضيقون ذرعاً بتمسك الأجداد بقيم باتت بالنسبة إليهم. ورغم هذا يبقى الجدود صمام الأمان الذي يشكون إليه المراهقون ويعبرون عن حيرتهم في هذه المرحلة العمرية. وحين يشب الأحفاد تستعيد العلاقة بالجدود نضارتها ويمكن أن تشكل دعماً هائلاً للطرفين من خلال جدل الإختلاف والإتفاق.

والمسألة هنا ترتبط ارتباطاً وثيقاً بمدى إيماني الشخصي بالتغييرات التي تحصل لكل جيل من الأجيال. فأنا لست الثابت في معادلة الأجيال، لكنني المتحرك دوماً. لقد كنت صغيراً وأصبحت شاباً وأسيست عائلة وأصبح لدى أولاداً وأحفاداً. فالتحفيز يلزمني كما يلزם كل شخص في هذه الحياة. وللعل في كل مرحلة دوراً مختلفاً معتقداً أنني أزداد خبرة وتفهماً ومعرفة بأمور الحياة، إلى حين معايشة الحقيقة بتجدد كامل فأبدأ بالتسامح والتساهل خصوصاً مع الأحفاد.

العلاقة مع الأبناء:

تمر العلاقة بالآباء في مراحل عديدة وكل مرحلة إيجابياتها ومشاكلها. فيحدث نوع من إنقلاب في الموازين حين نتقدم في السن إذ ينتقل أبناءنا من صفوف الأشخاص الأولى بالرعاية إلى صفوف الأصدقاء ثم بعد ذلك إلى صفوف الرعاة لنا وقد يسبب هذا الإنقال نوعاً من الرفض والمواجهة لكن سريعاً ما نتجاوزه ونقبل الواقع.

قد تظهر النساء عناداً أكبر لتقبل تغير الأدوار عن الرجال وهذا يعود لطبيعة العلاقة التبادلية السابقة بينهن وبين الآباء. فالرجال يرون أن من حقهم الطبيعي أن يرعاهم الآباء صحياً وجسدياً ونفسياً بعدما قدمو لهم الحب والدعم المادي في الماضي. في حين تنظر النساء بقلق لتبادل الأدوار.

العلاقة مع الأقران:

ترتقي العلاقة بأقران المسن من أخوة وأزواج وأصدقاء إلى مستوى آخر من المتعة التي يشعر بها من مروا بنفس تجارب الحياة وصهروا في نفس البوتقة وجمعتهم أحلام واحدة. ويستطيعون الآن إعادة الحياة إلى العالم القديم الجميل بعد سماع أغنية أو تعليق من أحدهم. ورغم ما يشكّله تبادل الذكريات من متعة لكل إنسان إلا أن المسنين ومن خلال هذه العلاقات يتبادلون أيضاً الخبرات والإرشاد والدعم.

يزيد من قوة العلاقة مع أقران المسن طول الفترة الزمنية التي أمضوها معاً. وعمق التجارب التي مروا بها «لقد عرفت هؤلاء الأصدقاء منذ أكثر من ستين عاماً... هل يمكنك تخيل ما يعني ستين عاماً؟». كان هذا تعليق مسن مريض إلى ممرضة صغيرة وهي تنبههم إلى إنتهاء موعد الزيارة أثناء استغراقهم في حديث طويل ممتع. نبهنا هذا التعليق إلى أهمية أن نكون مرنين في تطبيق القواعد حين يتعلق الأمر بإحتياجات المسنين النفسية والعاطفية. إن زيارة بهذه قادرة على تحسين حالة المسن أكثر بكثير من عشرات العقاقير التي يتناولها.

العلاقة مع رفيق الحياة:

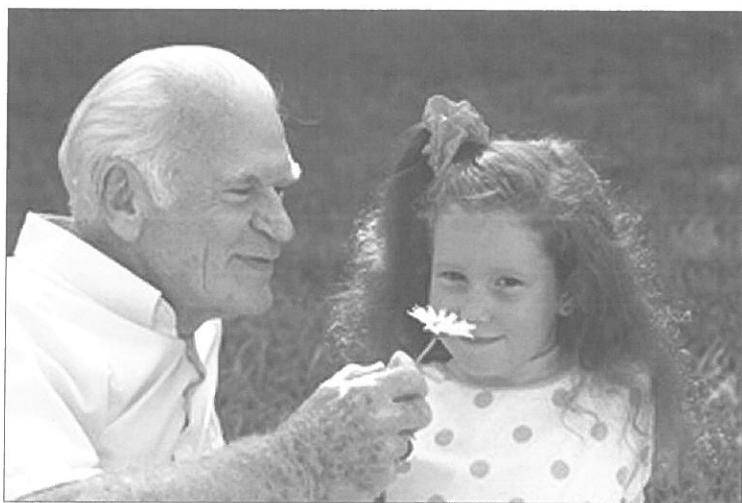
تحتل العلاقة برفيق الحياة مكانة متميزة في علاقات الأقران. حيث يتتيح الزواج المبني على مشاعر طيبة المعرفة الكاملة للطرفين كل منهم بالأخر. عادة ما تمر هذه العلاقة بكثير من المنحنيات السارة والمحبطة. ولكن عندما يحين موعد خلو العش من الصغار عادة ما يزداد تمسك الزوجين أحدهما بالأخر من خلال التسامح وقبول الإختلاف ومن خلال المعرفة العميقه لميزات وعيوب الطرف الثاني.

«لقد أصبحت زوجتي الآن أقرب صديقة لي... لم تتح لنا من قبل الفرصة لِاكتشاف هذه الحقيقة.»

في كثير من الحالات لا تكون الأمور بهذه الصورة الوردية التي عبر عنها هذا المسن فتتدخل أشباح المشاكل السابقة والمعاناة التي مر بها الطرفان لتخلق نوعاً من الجفوة، فيتتوقع كل طرف داخل نفسه. رغم ذلك يسود العلاقة الفاترة درجة من المشاركة لا يستغنى عنها أي من الطرفان ولا يسع الإنسان إلا أن يسأل نفسه حين يسمع الشكوى المريرة من كل منهمما، عن ذلك الشيء العميق الذي مازال يربطهما ويسمح بالإستمرار رغم كل شيء.

«مع مرور الزمن ... بتأشير أن ما يجمعني بزوجتي من قواسم مشتركة نتفق عليها أكثر بكثير من تلك التي نختلف عليها... إذ أنها لم نعد نتوقف عند كل صغيرة وكبيرة لمناقشتها... وكل منا يلتقي الآخر بالتجربة الطويلة مما أزال من أمامنا الكثير من المواقف التي طالما كانت نقاط خلاف ونقاش حاد... الآن أصبح الواحد منا يعرف الآخر إلى درجة أنها بتنا نتخاطر فكريأً في الكثير من الأمور». .

إن التقدم في العمر فرصة نادرة لإعطاء مزيد من الوقت والجهد لدعم علاقاتنا الإنسانية والإستماع بها، كما إنه فرصة للتفاعل مع أجيال متعددة وإختراق عوالم جديدة بالإضافة لعالمنا الذي عرفناه.





محتويات الفصل السادس

- ١٢٨ — نحو إعمار ناجح
- ١٢٩ — الإعمار مرحلة عمرية إيجابية
- ١٣٠ — كيف نستعد لشيخوختنا
- ١٣١ — كيف نتمتع بالفاعلية مع كبر سننا

نحو إعمار ناجح

التمتع بإعمار ناجح قضية تهمنا جميعاً حيث يشهد العالم ظاهرة سكانية جديدة تمثل في تزايد عدد المعمرين فيه بشكل مطرد. وبناء على ذلك، يطرح علينا هذا التغيير السكاني تحديات جديدة. إذ أننا نحتاج جميعاً إلى العمل على تغيير كثير من المفاهيم الخاطئة حول مفهوم الإعمار، وتعديل العناية بحياتنا منذ الصغر لتجنب العديد من المشكلات الصحية والنفسية في كبرنا. كما نحتاج لفهم هذه المرحلة العمرية وإحتياجاتها الخاصة والسعى لاتخاذ تدابير إجتماعية تضع إحتياجات المسنين في الاعتبار.

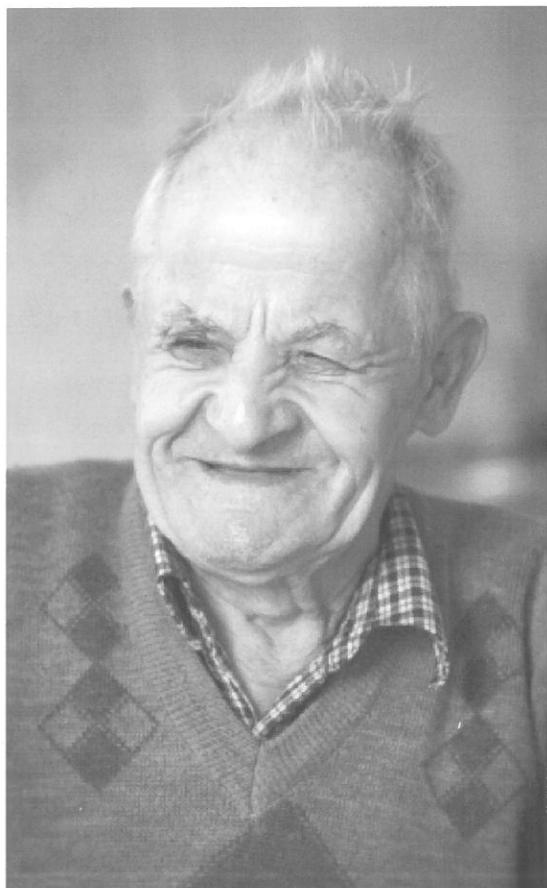
إننا كنساء نحضر لفترة إعمار ناجح، وكمسنات نسعى لاستمرار عافيتنا وفاعليتنا، وكراعيات لمسنين أو مسنات يحيطون بنا بحاجة للتفهم والدعم والسعى للتغير الإيجابي. كما علينا تقبل كبر العمر كمرحلة طبيعية من حياتنا لها جوانبها الإيجابية التي لا بد من دعمها. ولها مشكلاتها كأي مرحلة عمرية أخرى ونحن قادرات بالتأكيد على مواجهتها.



الإِعْمَارُ مَرْحَلَةُ عُمُرِيَّةٍ إِيجَابِيَّةٍ

يعتبر الإِعْمَارُ مَرْحَلَةً شَدِيدَةَ الْإِيجَابِيَّةِ لِأَغْلَبِيَّةِ الْبَشَرِ، مَرْحَلَةُ تِراكُمِ الْخَبَرَةِ وَالتجارب التي تعطي الحكمة. والمعمرُون منا يعطون للحياة معنى بِاعتبارهم حلقة الوصل بين ماضينا ومستقبلنا. كبار السن منا لديهم الأسواق والقدرة على التمتع بمباحث الحياة بإيقاع مختلف قليلاً عن الأجيال الأصغر سنًا. فلا يحول بينهم وبين هذا الأمر إلا التصورات الاجتماعية الخاطئة المتعلقة بمفهوم هذه المرحلة العمرية. كبار السن هم الأكثر قدرة على تحديد إحتياجاتهم وكيفية تعديل شروط البيئة المحيطة لتجاوب مع قدراتهم، علماً أنهم قادرون على طرح قضيتهم والدفاع عنها كما تفعل الجماعات الاجتماعية الأخرى. تزداد وتتبلور قدراتنا الإبداعية مع زيادة أعمارنا. ويكون لدينا الوقت الكافي لممارسة هذا الإبداع وإخراج طاقاتنا الوجدانية لتشع سعادتنا علينا وعلى المحيطين بنا.

إننا نزداد فهماً وتسامحاً مع الآخرين ويتوفر الوقت لدينا لتحقيق أحلام طالما راودتنا منذ الصغر. إنها الفترة التي يمكننا فيها التمتع بمستويات جديدة من الأخذ والعطاء مع الآخرين دون حساب للعواقب.



كيف نستعد لشيخوختنا

- تقبل الإعمار كمرحلة طبيعية وحتمية من حياتنا. إن تمسك كثيرات منا بمظاهر الشباب الشكلية يعتبر معركة خاسرة تنبع من إعلاء المجتمع لقيمة الجمال والجاذبية الجسدية عند النساء. إن معركتنا الحقيقية الظاهرة هي في الإحتفاظ بنضارة وشباب العقل والروح، مترافقه مع إبتسامتنا المشرقة وحبنا للحياة، وثقتنا بأنفسنا وتميزنا وما إكتسبناه من خبرات خلال فترات حياتنا السابقة.
- إعتماد نمط غذائي متوازن منذ شبابنا يرتكز على: تقليل الدهون والسكريات . الإعتدال في تناول المواد البروتينية وتنويعها وتضمينها نسبة من البروتينات النباتية الموجودة في البقوليات. تناول كميات مناسبة من المواد النشوية وتفضل الحبوب غير المقشورة. الإكثار من تناول الخضروات والفاكهه الطازجة بالإضافة للمطهية منها والحرص على تنوعها. الإعتدال في إستهلاك ملح الطعام والإكثار من شرب السوائل مع الإبعاد قدر الإمكان عن إستهلاك الأغذية المحفوظة.
- ممارسة الرياضة بشكل منتظم سواء تلك التي تؤدي إلى تنشيط الدورة الدموية كالمشي، أو تلك التي تساعد على كفاءة أداء الجهاز العضلي كالرياضة التي تدعم مرونة المفاصل كالليوجا. إن الإنتظام في ممارسة الرياضة يحولها إلى عادة تلقائية صحية تساهم أيضاً في تنشيط العقل وتجديد الروح.
- المحافظة على وزن معتدل للجسم وتجنب كلّاً من السمنة أو النحافة المفرطين من خلال إيجاد نظام متوازن بين ما نتناوله من سعرات حرارية في غذائنا وما نفقده منها خلال أنشطة حياتنا المختلفة.
- الإبعاد عن العادات الضارة كالتدخين أو إدمان الكحوليات والإفراط في تناول المياه الغازية والمنبهات.
- المحافظة على سلامه عقولنا ووجودنا، ببقاءنا ناشطات ومشاركات بفاعلية مع ما يحيط بنا من أحداث، وتنمية عقولنا بالإستمرار في تعلم أي جديد كل يوم. الإستمتاع بمباهج الحياة المختلفة والتمسك بهدف يجعل حياتنا معنى والتعرف على آخرين يشاركوننا الإيمان بنفس الهدف.
- الحرث على تدعيم شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة بنا من أهل أو زملاء أو أصدقاء وجيران وتعتمد تبادل الزيارات والإتصال المنتظم للمحافظة على هذه العلاقات.

- التخطيط لمواجهة أحداث المستقبل وكيفية الإستفادة من وقت الفراغ بعد الإحالة إلى التقاعد وإنشغال الأبناء بحياتهم الخاصة.
- الإشتراك في أنظمة التأمين الصحي أو الاجتماعي لمواجهة الأزمات الطارئة بالإضافة إلى التفكير في وسائل يمكننا بواسطتها مواجهة إنخفاض دخلنا عند الكبر.

كيف تتمتع بالفاعلية مع كبر سننا

إن تمعنا بإعمار ناجح يعتمد على إستعدادنا وتحضيرنا لهذه المرحلة منذ صغر سننا مع مراعاتنا للعوامل السابقة ويضاف إليها:

- الثقة بأنفسنا وقدرتنا على مساعدة الآخرين والتغلب على المصاعب التي قد تواجهها.
- الإختلاط بالمحبيطين بنا من كل المراحل العمرية والسعى لإضافة الخبرة والمعرف للأجيال الجديدة.
- التخطيط المبكر طويل الأمد للإستفادة من الوقت الحر الذي نمتلكه الآن.
- مقاومة ورفض فكرة أن يتحمل علينا، من يحبوننا، الأعباء التي يمكننا القيام بها بأنفسنا أي المحافظة على إستقلاليتنا.
- الأخذ بالأساليب الصحية الوقائية الممكنة كالإستشارات الطبية الدورية والتلقحات.



- مواجهة المشكلات التي تواجهنا بالمعرفة وإستشارة المحيطين بنا والتفكير في حلول عملية لها.
- معرفة المصادر التي يمكننا اللجوء إليها بهدف الحصول على المعلومات أو المساندة عند الحاجة.
- التأكد من أننا شركاء للأطباء في شؤون صحتنا وفي اتخاذ القرارات التي تناسبنا بعد معرفتنا بما يترتب علينا من آثارها.
- البحث عن المساعدة مبكراً وعدم إنتظار وقوع أزمات حادة.
- المشاركة في تحديد إحتياجاتنا كفئة عمرية وتكون جماعات يمكنها طرح تلك الإحتياجات والسعى لرعايتها.

لكل مرحلة عمرية مشاكلها النوعية الخاصة. فهناك مشاكل الطفولة والمراهقة والشباب ومتتصف العمر. إن إنكار وجود صعوبات في أي مرحلة عمرية قد يؤدي لتفاقم هذه الصعوبات وإرباك حياتنا. أما الإعتراف بوجود المشاكل والصعوبات يؤدي إلى مناقشتها والوقوف على أسبابها وطرق الوقاية منها أو علاجها. كما يتتيح لنا الإستفادة من خبرات الذين مرروا بها قبلنا آملين أن نتجاوز هذه الصعوبات لنكمل هذه المرحلة «الذهبية» من حياتنا ونحن نتمتع بالأمان والصحة والفاعلية. إننا لا نتطلع خلال هذا الجهد لإضافة مزيد من السنين الخاوية إلى الحياة التي نعيشها، بل لإضافة حياة آمنة وفعالة إلى سنوات عمرنا القادمة.

المراجع العربية

- المعجم الوجيز ١٩٩٧ مجمع اللغة العربية، جمهورية مصر العربية - الهيئة العامة لشئون المطبع الأميرة.
- إيناس إبراهيم خليفة «أساليب الرعاية المنزلية للمسنين وأثرها على تكيفهم اجتماعياً» ٢٠٠١ رسالة ماجستير بكلية الاقتصاد المنزلي، جامعة المنوفية.
- إيدا لوشان «أزمة منتصف العمر الرايحة» ترجمة سهير صبري طبعة أولى. ١٩٩٧ - دار شرقيات القاهرة.
- جيلان صلاح الدين القباني «العلاقات الأسرية والبيئة المنزلية للمسن» بحث مقدم إلى المؤتمر الإقليمي العربي الخامس لرعاية المسنين - الرعاية المجتمعية للمسنين بين الحاضر والمستقبل - ١٢١٠ أكتوبر ٢٠٠٤ جامعة حلوان القاهرة.
- رفعت عبد الباسط «دور الأسرة في إشباع احتياجات كبار السن» بحث مقدم إلى المؤتمر الإقليمي العربي الثاني لرعاية المسنين - نحو شيخوخة أكثر سعادة . ٦-٥ مايو ٢٠٠١ جامعة حلوان القاهرة.
- سعد الدين هلالي «المسنون وقضاياهم في هذا العصر» بحث مقدم إلى مؤتمر المرأة المسنة في العالم العربي الواقع والمأمول في رعايتها ١٤-١٢ أكتوبر ٢٠٠٣ حلوان القاهرة.
- سعيد نور الدين أرناؤط «استراتيجية رعاية المسنين في منظمة الصحة العالمية لإقليم الشرق الأوسط» بحث مقدم إلى المؤتمر الإقليمي العربي الثاني لرعاية المسنين - نحو شيخوخة أكثر سعادة. ٦-٥ مايو ٢٠٠١ جامعة حلوان القاهرة.
- سهام علي عبد الحميد «برنامج إرشادي لمواجهة حقوق الوالدين المسنين» بحث مقدم إلى المؤتمر الإقليمي العربي الثاني لرعاية المسنين - نحو شيخوخة أكثر سعادة . ٦-٥ مايو ٢٠٠١ جامعة حلوان القاهرة.
- عايدة سيف الدولة «النفس تشكو والجسد يعاني». دليل المرأة العربية في الصحة النفسية الطبعة الأولى ٢٠٠٣ - دار نور، جمعية المرأة العربية، لبنان.
- عبد الحميد عبد المحسن «الخدمة الإجتماعية في مجال رعاية المسنين» ١٩٩٦ - دار الثقافة والنشر والتوزيع القاهرة.
- عبد الفتاح شبانه «مريض الأذناب إكرام إنسانيته وإرشادات للقائمين على رعايته» ١٩٩٩ - دار المستقبل العربي، القاهرة.
- عبد المنعم عاشور «صحة المسنين كيف يمكن رعايتها؟» الطبعة الأولى ٢٠٠١ سلسلة إعرف صحتك «٢٥» - مركز الأهرام للترجمة والنشر القاهرة.
- عبد اللطيف محمد خليفة «دراسة في سيكولوجية المسنين» ١٩٩٧ - دار غريب للطباعة والنشر القاهرة.
- عزة عبد الكريم مبروك «تحسين التوافق النفسي والإجتماعي والصحي لدى المسنين بإستخدام برنامج إرشادي يعتمد على إستراتيجيات المساعدة الإجتماعية» بحث مقدم إلى المؤتمر الإقليمي العربي الثاني لرعاية المسنين - نحو شيخوخة أكثر سعادة. ٦-٥ مايو ٢٠٠١ جامعة حلوان القاهرة.

- عمرو حسن وآخرون «الوضع الراهن للحالة الصحية للمرأة المصرية» - إصدار جمعية التنمية الصحية والبيئية ١٩٩٩ - القاهرة.
- فؤاد أبو حطب وأمال صادق «نمو الإنسان من مرحلة الجنين إلى مرحلة المسنين» الطبعة الرابعة ١٩٩٩ - مطبعة الأنجلو المصرية القاهرة.
- كوثر رزق «مشكلات المسنين المقيمين مع أسرهم» بحث مقدم إلى المؤتمر الإقليمي العربي الثالث لرعاية المسنين - الجودة الشاملة في رعاية المسنين ٢٧-٢٨ أكتوبر ٢٠٠٢ جامعة حلوان القاهرة.
- مدحية السفطي «المرأة المسنة في مصر رؤية إجتماعية». بحث مقدم إلى المؤتمر الإقليمي العربي الرابع لرعاية المسنين - المرأة المسنة في العالم العربي الواقع والمأمول في رعايتها ١٢-١٤ أكتوبر ٢٠٠٣ جامعة حلوان القاهرة.
- محمد سيد فهمي «الرعاية الإجتماعية لكبار السن» ١٩٩٧ - دار المعرفة الجامعية - القاهرة.
- محمد عجرمة «الحياة بعد الستين» الطبعة الأولى ٢٠٠١ - مطابع الأهرام التجارية - قليوب.
- محمد يسرى دعبس «أوضاع المسنين في الثقافات المختلفة» دراسة أنثروبولوجية مقارنة ١٩٩٢ - دار الندوة طرابلس.
- مصطفى خلف عبد الجاد «كبار السن في دولة قطر الواقع والمأمول» بحث مقدم إلى المؤتمر الإقليمي العربي الثالث لرعاية المسنين - الجودة الشاملة في رعاية المسنين ٢٧-٢٨ أكتوبر ٢٠٠٢ جامعة حلوان القاهرة.
- مركز خدمات التنمية «أوراق الورشة التجريبية حول مشاركة الأجيال من أجل مجتمع أفضل ديسمبر ١٩٩٨ القاهرة.
- نادية رمسيس فرح وأخريات «حياة المرأة وصحتها» الطبعة الأولى ١٩٩٠ - دار سينا للنشر، القاهرة.
- هشام مخلوف «الملامح الديموغرافية للمرأة المسنة في مصر» بحث مقدم إلى المؤتمر الإقليمي العربي الرابع لرعاية المسنين - المرأة المسنة في العالم العربي الواقع والمأمول في رعايتها ١٢-١٤ أكتوبر ٢٠٠٣ جامعة حلوان القاهرة.
- هشام مخلوف «شريحة المسنين في مصر وتوقعاتها المستقبلية كأساس لتخطيط الرعاية المجتمعية» بحث مقدم إلى المؤتمر الإقليمي العربي الخامس لرعاية المسنين - الرعاية المجتمعية للمسنين بين الحاضر والمستقبل ١٠-١٢ أكتوبر ٢٠٠٤ جامعة حلوان القاهرة.
- هدى قناوي «سيكولوجية المسنين» ١٩٨٧ - مركز التنمية البشرية والمعلومات، القاهرة.
- وفاء فؤاد شلبي «أساليب الرعاية المنزلية للمسنين» بحث مقدم إلى المؤتمر الإقليمي العربي الخامس لرعاية المسنين - الرعاية المجتمعية للمسنين بين الحاضر والمستقبل ١٠-١٢ أكتوبر ٢٠٠٤ جامعة حلوان القاهرة.

المراجع الأجنبية

- Abyad A. (1995): 'Geriatrics in Lebanon: The Beginning'. International Journal of Aging 41(4): 299-309
- Abyad A. (2001): 'Health Care for Older Persons: A Country Profile- Lebanon'. International Health Affairs. October 49 (10):1366-1370
- Berman, PL. and Goldman 'The Ageless Spirit'. Ballantine Book New York.
- Bockman RS. (1997): 'Osteoporosis and its management in older women'. J Am Med Women's Assoc.;52(3):121-126.
- Bryan, M. H. (1994): Successful Aging: an elaboration of Social and psychological factors. International J. of Aging and Human Development. 21(2).
- Calsanti,T.M. (1999): 'Feminism and Gerontology: Not Just for Women'. Hallym International Journal of Aging 1 (1) : 44-55.
- Charles F et al (1995): 'The Old Age Challenge to the Biomedical Model: Paradigm strain and Health Policy'. International Journal of Aging 41(4) :298.
- Cobbs EL, Ralapati AN. (1998): 'Health of older women'. Med Clin North Am.;82(1):127-144.
- Doress, P. et al (1998): 'Women Growing Older" 547- 589' Our Bodies Ourselves" 3ed- edition Touchstone.
- Fact sheet NB0252 June (2000): 'Women, ageing and health' WHO Media centre.
- Family issues. 21(5) 541-558.
- Fordyce, M. (1999): 'Geriatric Pearls' F.A. Davis Company. Philadelphia.
- Hafez G Et al (1992): 'Aging Population of The East Mediterranean Region: A challenge for the health system' J. of The East Mediterranean Region, WHO 16: 6-15.
- Hafez, G. et al (2000): 'Caring for the Elderly' Report on Caring for Elderly in the East Mediterranean Region. Eastern Mediterranean Health Journal. 6(4): 636- 651.
- Hashimoto, A. (1991): 'Living arrangements of The Aged in Seven Developing Countries' Journal of Cross Cult rural Gerontology 6: 359-381.
- Hoyer, WJ et al (1999): 'Adult Development and Aging' NY, MaC Graw- Hill.
- Kane, L. et al (1999): 'Essentials of Clinical Geriatrics' 4th –ed Mc Graw-Hill.
- Kevin Kinsella (2000): 'Demographic Dimensions of Global Aging' J. of Family issues 21 (5): 541-558.
- Kinsella K. et al (1998): 'International Brief : Gender and Aging. Mortality and Health' US Department of Commerce. Economic and Statistics Administration. Bureau of Census IB/98-2.

- Lamb,V.L. (1997): 'Gender Differences in Correlates of Disablement Among The Elderly in Egypt' Social Science and Med 45 (1): 127-136.
- Lawrence, M. et al (1995): 'Recognition and Management of Anxiety and Depression in Elderly Patients' Mayo Clin Proc: 70: 999-1006.
- Levy B. R. et al. 'Reducing Cardiovascular stress with Positive self –stereotype of Aging'. J. of Gerontology, Psychological Science. 55B (4) 205- 213.
- Mahaseneh Sawsan M. (2000): 'Survey of the Health of the Elderly in Jordan'. Medical Journal of Islamic Academy of Science. 13 (1).
- Marry fadel- Gergis (1983): 'Family Support for the Elderly in Egypt'. The Gerontologist 23(6): 589-592.
- Mason,KO (1991). 'Family Changes and Support of Elderly in Asia- What do we know?' Asia Pacific Pop. J. 5 .(3) 13-31.
- Morris,V. (1996): 'How to Care for Aging Parents'.1996 Workman Publishing, New York.
- Reichel, W. (1989): 'Clinical aspects of Aging'. Third edition. Williams & Wilkins.
- Sibai, A, et al (2004): 'Population Aging in Lebanon: Current Status, Future Prospects and Implication for Policy'. Bulletin of WHO. 82(3): 219-225
- Sinunu, M.A (2004): 'Informal and Formal Long Term Care for Frail Older Adults in Cairo Egypt'. Thesis submitted for master degree RSPH. Emory University unpublished.
- Tannenbaum, CB. et al. (2003): 'Understanding Older Women's Health Care Concerns: a Qualitative Study'. J. Women Aging 15(1): 3-16.
- Thomas, E. et al (2001): 'Social Support and Treatment Response in Older Depressed Primary Care Patients'. Journal of Gerontology Psychological Sciences, 56(1) 35-45.
- United Nations, (2001): 'World Population Prospects: The 2000 Revision'. Demographic Trends on Aging in the Arab Countries.
- Victoria A. et al (1998): 'International Brief Gender and Aging. Care Giving'. US Department of Commerce Economic and Statistics Administration. Bureau of the Censuses.
- Victoria A. et al (1998): 'International Brief: Gender and Aging. Care Giving'. US Department of Commerce. Economic and Statistics Administration. Bureau of Census IB/98-2.
- WHO Regional Strategy for Health Care of the Elderly in The East Mediterranean Region (1992-2001) WHO Regional office for the East Mediterranean, Alexandria Egypt.
- Yount KM, Agree E, and Rebellon C. (2004): 'Gender and use of health care among older adults in Egypt and Tunisia'. Social Science and Medicine 59:2479-97.
- Yvonne J et al (1997): 'Gender and Aging Demographic Dimention'. US Department of Commerce. Economic and Statistics Administration. Bureau of Census IB/97-3.