وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب

كلية الآداب واللغات والعلوم الاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

الإدراك الاجتماعي للمسن المصاب بالمرض الانتكاسي والمسن السليم

دراسة مقارنة بمركز دار العجزة بولاية عين تموشنت

من إعداد وتقديم الطالبين:

1- حساين غزلان

2- سليمان مسعود أنفال

تحت إشراف الأستاذ:

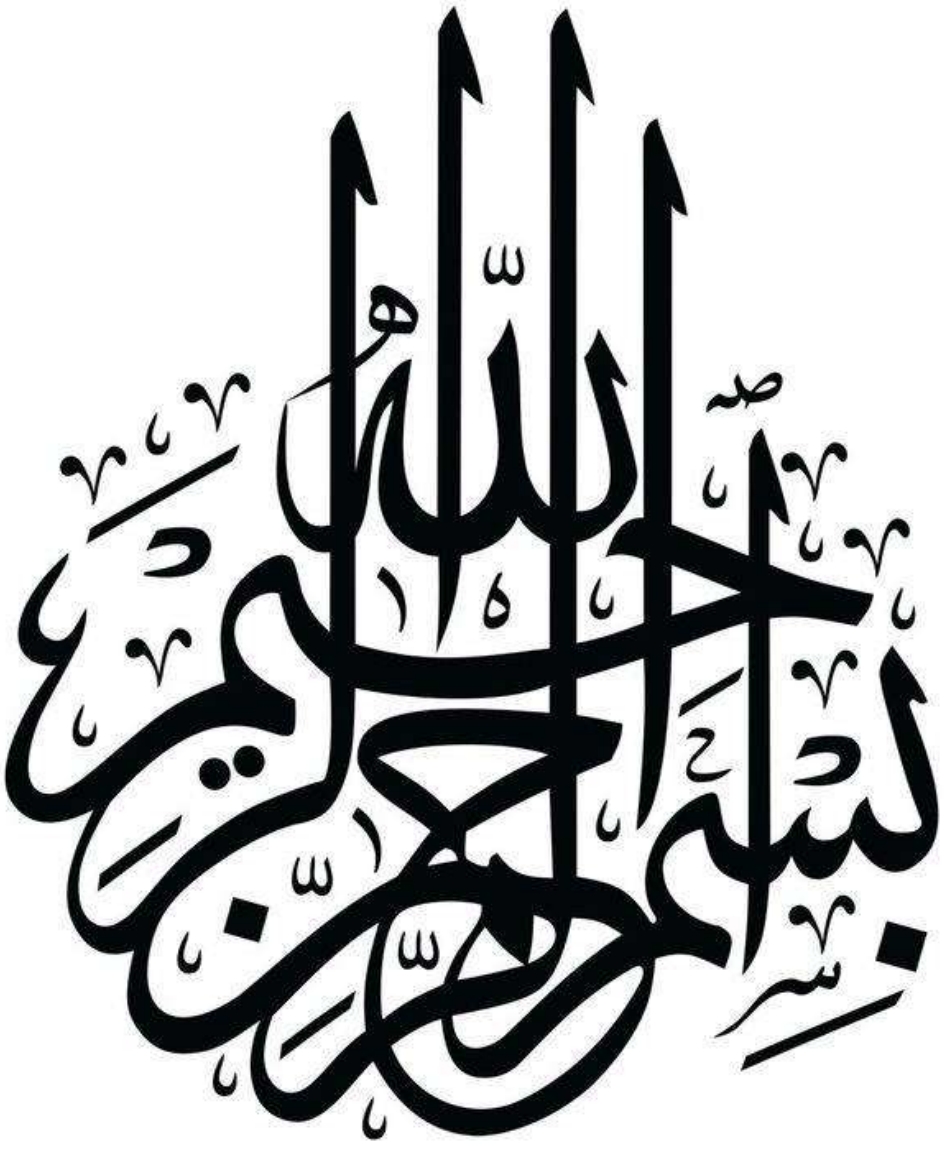
د. زاوي أمال

تاريخ المناقشة: ../../..

تمت المناقشة علنا أمام اللجنة المكونة من:

اللقب والاسم	الرتبة	الصفة
أ. عطار سعيدة	أستاذ التعليم العالي	**رئيسا**
د. زاوي أمال	أستاذ محاضر أ	**مشرفا، مقررا**
أ. بن عيسى عبد الحكيم	أستاذ محاضر ب	**ممتحنا**

السنة الجامعية 2023-2024


بسم الله الرحمن الرحيم

كلمة الشكر والتقدير

نشكر الله عز وجل الذي وفقنا لإتمام هذا البحث فما توفيقنا إلا بالله عليه توكلنا وإليه ننيب.

ونتوجه بالشكر الجزير إلى الأستاذة المشرفة الدكتورة "زاوي آمال" رمز العطاء والعمل الجاد كما نشكرها على توجيهاتها السديدة ونصائحها الثمينة التي ما فتئت تزودنا بها بالرغم من إرتباطاتها وإلتزاماتها الكثيرة وذلك من بداية هذه المذكرة إلى غاية نهايتها.

كما نتوجه بالشكر إلى أساتذتنا الأفاضل الذين لم يبخلوا علينا بفيض معلوماتهم في هذا المجال

والشكر الموصول إلى كل عمال والمشرفين دار العجزة لولاية عين تموشنت وأخص بالذكر الأخصائية النفسية للمركز التي ساعدتنا ووجهتنا طيلة فترة تربصنا

ولا ننسى شكر لكل من ساعدنا من قريب أو بعيد ولو بكلمة طيبة وإبتسامة صادقة.

إهداء

ما سلكنا البدايات إلا بتسييره وما بلغنا النهايات إلا بتوفيقه وما حققنا الغايات إلا بفضله فالحمد لله الذي وفقنا لتثمين هذه الخطوة في مسيرتنا الدراسية.

أهدي هذا النجاح لنفسي أولا ثم إلى من سعى معي لإتمام هذه المسيرة دمتم لي سندا لا عمر له.

أهدي ثمرة الجهد المتواضع إلى التي حملتني وحملتني ومنحتني الحياة وأحاطتني بحنانها أمي الغالية التي حرصت على تعليم بصبرها وتضحياتها في سبيل النجاحي.

أهدي ثمرة نجاحي إلى أبي العين الساهرة والملحمة الكبيرة التي بسطت ذراعيها كالأرض.

إلى أختي غاليتي ركيزتي عند الشدائد.

إلى أجمل صدفة من ألف إختيار صديقاتي الغاليات أنفال إلهام سعاد سهيلة

إلى أستاذتي سندي عند المواقف الصعبة أستاذتي الغالية زاوي أمال

وختاما إلى كل فرد من دائرة حياتي إلى كل من زرع في قلبي أملا وأضاف لمسة خاصة في مسيرتي شكرا لكم بإسمه ومقامه.

غزلان

إهداء

لم تكن الرحلة قصيرة و لايبغي أن تكون، لم يكن الحلم قريبا و لا طريق كان محفوفا بالتسهيلات لكن بعون الله فعلتها الحمد لله حب و شكرا و امتنانا .

اهدي هذا النجاح لنفسي الطموحة اولا إلى نفسي العظيمة والقوية التي تحملت كل العثرات.

ابتدت بالطموح وانتهت بالنجاح ثم إلى كل من سعي معي لاتمام مسيرتي الجامعية إلى من احمل اسمه بكل عز و افتخار لمن مهد لنا الطريق ببذل و تعبه و إلى امرأة التي صنعت مني فتاة طموحة قدوتي الأولى إلى من غمرون بالمحبة و تحملوا معنا عناء الطريق إلى من عاهدتهم بهذا النجاح ها أنا اتممت وعدي و اهديه لكم "ابي و امي"

الى من قيل فيهم "سنشد عضك باخيك " إلى الكتف الذي لا يميل و الظل الذي احتمي به إلى القلوب النابضة بالصدق و الحب و المشاعر إلى الاعمدة الثابتة في حياتي اخوتي "عبد المجيد مرام محمد "

إلى من ساعدوني بكل حب عند ضعفي إلى رمز الوفاء و الحب إلى رفيقاتي دربي "غزلان الهام سعاد سهيلة "

إلى كل عائلتي إلى خالاتي "سارة و مريم "و إلى خالي" فتحي" و جدي و جدتي

اهديكم جميعا هذا العمل المتواضع و ثمرة جهدي و آلله ولي التوفيق.

أنفال

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى الإدراك الإجتماعي لدى المسن السليم والمسن المصاب بمرض انتكاسي والاختلاف بينهما من حيث الادراك الاجتماعي. ولتحقيق هذه الأهداف قمنا بإتباع المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة حيث تم اختيار عينة قصدية شملت أربع حالات من دار المسنين بعين تموشنت 01 أنثى و01 ذكر مصابين بأمراض انتكاسية (التصلب اللويحي والزهايمر على التوالي) و01 أنثى وذكر سليمين لا يعانون من أمراض انتكاسية . وقد تم تطبيق مقياس الإدراك الاجتماعي لـ (رنا رفعت شوكت، 2013) . وقد تم التوصل إلى النتائج التالية:

- مستوى الإدراك الإجتماعي للمسن سليم بين متوسط قريب من الجيد؛
- مستوى الإدراك الإجتماعي للمسن المصاب بمرض انتكاسي ضعيف.
- يوجد إختلاف في الإدراك الإجتماعي بين كل من المسن السليم والمسن المصاب بالمرض الإنتكاسي.

الكلمات المفتاحية: الادراك الاجتماعي؛ المرض الانتكاسي؛ المسن.

Résumé :

The study aimed to know the level of social cognition among healthy elderly people and elderly people with degenerative disease and the difference between them in terms of social cognition. To achieve these goals, we followed the clinical approach based on a case study, where a purposive sample was selected that included four cases from the nursing home in Ain Temouchent: 1 female and 1 male suffering from degenerative diseases (multiple sclerosis and Alzheimer's, respectively) and 1 healthy female and male who do not suffer from degenerative diseases. The social perception scale (Rana Rifaat Shawkat, 2013) was applied. The following results were reached:

- The elderly person's level of social awareness is healthy, between average and close to good.

- The level of social awareness of the elderly person with a weak degenerative disease.

- There is a difference in social cognition between the healthy elderly person and the elderly person with degenerative disease.

Keywords: social cognition; degenerative disease; The elderly.

قائمة المحتويات:

كلمة الشكر والتقدير .....أ

إهداء .....ب

ملخص الدراسة ..... د

قائمة المحتويات: ..... ه

قائمة الجداول: ..... ي

قائمة الأشكال: ..... ك

مقدمة: 1

الفصل الأول: الفصل التمهيدي..... 3

الإشكالية: 4

فرضية الدراسة: 5

أهداف الدراسة: 5

أهمية الدراسة: 5

تحديد مفاهيم الدراسة: 6

الدراسات السابقة: 7

الفصل الثاني: الإدراك الاجتماعي 11

تمهيد 12

1مفهوم الإدراك الاجتماعي: 12

2خصائص الادراك الاجتماعي 14

3النظريات المفسرة للإدراك الاجتماعي:.....15

4العوامل المؤثرة في الإدراك الاجتماعي: 18

1.4المتغيرات المتعلقة بالثقافة السائدة: 18
2.4المتغيرات المتعلقة بالشخصية: 20
خلاصة: 23
فصل الثالث: الأمراض الإنتكاسية 24
1تعريف الأمراض الإننتكاسية 24
تمهيد: 25
1تعريف الأمراض الإننتكاسية: 25
2أسباب الأمراض الإنتكاسية 26
1.2الوراثة: 26
2.2اللينة وأسلوب الحياة: 26
3أعراض الأمراض الإنتكاسية: 26
4أنواع الأمراض الإنتكاسية: 27
1.4مرض الزهايمر: 27
1.1.4تعريف مرض الزهايمر:... 27
2.1.4أنواع مرض الزهايمر 28
3.1.4أسباب المرض:.... 29
4.1.4مراحل تطور المرض:... 29
2.4التصلب العصبي المتعدد التصلب اللويحي 31
1.2.4تعريف المرضي للتصلب اللويحي.....31
2.2.4الخصائص المرضية لمرض التصلب اللويحي.... 34
3.2.4أنواع التصلب اللويحي الرئيسة.....36

خلاصة:.....37
الفصل الرابع: سيكولوجية المسن 38
تمهيد:.....39
1تعريف الشيخوخة:.....39
1.1تعريف المسن:.....39
2النظريات المفسرة لمرحلة الشيخوخة:.....40
1.2نظرية الانسحاب أوفك الارتباطtheory desengagment.....40
2.2النظرية الشخصية أو النظرية النمائيةtheory developmentol of personality.....40
3.2نظرية التبادل الاجتماعي:theory escechange social 41
3التغيرات المميزة لمرحلة الشيخوخة 41
أولا: التغيرات البيولوجية: 42
ثانيا: التغيرات الفيزيولوجية والعقلية:.....42
ثالثا: التغيرات السلوكية الانفعالية: 42
رابعا: التغيرات النفسية والإجتماعية: 43
4احتياجات المسنين: 43
الاحتياجات الاقتصادية: 43
الاحتياجات النفسية: 44
5مشكلات الشيخوخة.....44
1.5المشكلات الصحية: 44
2.5المشكلات النفسية 45
3.5المشكلات الاجتماعية: 47

4.5المشكلات الترفيهية 48
خلاصة:.....48
الفصل الخامس: إجراءات تطبيق الدراسة الميدانية 49
تمهيد 50
1الدراسة الإستطلاعية: 50
2أهداف الدراسة الإستطلاعية:.....50
3خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية 50
4منهج الدراسة: 51
5حالات الدراسة:.....51
6خصائص العينة الأساسية 51
7حدود الدراسة: 52
8أدوات الدراسة:.....52
1.8المقابلة العيادية النصف موجهة:.....52
2.8الملاحظة: 53
3.8مقياس الإدراك الإجتماعي: 53
1.3.8وصف المقياس:.....53
2.3.8الخصائص السيكومترية:.... 54
خلاصة:.....54
الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة.....55
1عرض وتحليل نتائج الدراسة: 56
2مناقشة نتائج الدراسة:.....66

3مناقشة النتائج على ضوء الفرضية الفرعية: 72
الخاتمة: 76
قائمة المصادر والمراجع.....78
الملاحق.....81

قائمة الجداول:

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
الجدول 01	يبين أنواع الخرف	28
الجدول 02	يوضح القدرات المضطربة والأعراض المميزة لها في هذه المرحلة من المرض.	30
الجدول 03	خصائص حالات الدراسة	51
الجدول 04	عرض المقابلات للحالة الأولى	57
الجدول 05	إجابات تطبيق المقياس على الحالة "س"	58
الجدول 06	عرض المقابلات للحالة الثانية	60
الجدول 07	عرض المقابلات للحالة الثالثة	61
الجدول 08	إجابات تطبيق المقياس على الحالة "ع"	62
الجدول 09	عرض المقابلات للحالة الرابعة	64
الجدول 10	إجابات تطبيق المقياس على الحالة "ح"	66

قائمة الأشكال:

رقم الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
الشكل 01	الآليات الفيزيولوجية المرضية لمرض التصلب	33

مقدمة

مقدمة:

يمر الإنسان بمراحل هامة في مساره النهائي من الطفولة إلى المراهقة ثم إلى الكهولة والشيخوخة حيث تتسم كل مرحلة بمتطلباتها وتغيراتها سواء العقلية أو النفسية أو الجسدية.

بحيث تعتبر مرحلة الشيخوخة مرحلة النهائية في رحلة الإنسان الإرتقائية والنهائية بغض النظر عن عمره وقوته وضعفه حيث يراها البعض مرحلة الإشراف على النهاية وبعض الآخر يرى أنها مرحلة تبلور للتجربة والحكمة بالحياة أما الأخر يراها من الجانب السلبي على أنها مرحلة تأثر وإنحلال العضوي والحسي لتغيرات النفسية والإجتماعية والفيزيولوجية التي تطرأ على هذه المرحلة. فهذه التغيرات الفيزيولوجية يمكن أن يتعرض لها بعض المسنين فتقلل قدرتهم على أداء العمل العضلي وتتأثر وظائفهم الحسية كالسمع والبصر بإضافة إلى التغيرات التي تصيب الجهاز العصبي كالأمراض الإنتكاسية التي تصيب الدماغ والنخاع الشوكي وتؤدي إلى تلف خلايا المخ وتؤثر بشكل كبير على المسنين المصابين بها بحيث تؤدي إلى نقص في قدراتهم العقلية والمعرفية والفكرية.

وبهذا نرى تأثر المسنين المصابين بها في مختلف الجوانب النفسية والصحية والإجتماعية وعلى ذكر الجانب الإجتماعي فإن أهم ما يمكن للأمراض الإنتكاسية المساس به هو الإدراك الإجتماعي الذي يعتبر من أهم مقومات جودة الحياة والعلاقات الإجتماعية. فالإدراك الإجتماعي هو مجموعة من العمليات النفسية والذاتية التي تحدث في العقل الواعي للفرد (**Jeanstoetzel,1963.p2,6**)

ولذلك تم تصميم خطة منهجية للبحث تشمل على الفصول التالية:

الفصل الأول: تناول إشكالية البحث وتساؤلاته أهميتة أهدافه فرضياته التعريف الإجرائي للمفاهيم الواردة فيه.

الفصل الثاني: خصص للإدراك الإجتماعي حيث تضمن مفهوم الإدراك الإجتماعي والعوامل المؤثرة فيه خصائص الإدراك الإجتماعي نظريات الإدراك الإجتماعي

الفصل الثالث: تناول الأمراض الإنتكاسية حيث تضمن تعريف الأمراض الإنتكاسية، أسباب الأمراض الإنتكاسية، أعراض الأمراض الإنتكاسية، وتم تقسيم هذا الفصل إلى مرض الزهايمر، تعريف الزهايمر، أنواع مرض الزهايمر، أعراض الكلينيكية للمرض، أسباب المرض وبعض نظريات المفسرة له، مراحل تطور مرض الزهايمر، مرض التصلب اللويحي، تعريفه، خصائص المرضية لمرض التصلب اللويحي، آليات الفيزيولوجية.

الفصل الرابع: يتضمن الفصل سيكولوجية المسن حيث تطرقنا إلى تعريف الشيخوخة وأيضا تعريف الشيخوخة، تعريف المسن، النظريات المفسرة لمرحلة الشيخوخة، التغيرات المميزة لمرحلة الشيخوخة، احتياجات المسنين، مشكلات الشيخوخة.

الفصل الخامس: إحتوى على إجراءات الدراسة الميدانية وقد تم تقسيم هذه الإجراءات بالنسبة للدراسة الإستطلاعية ثم تناول فيها: أهداف الدراسة، حدود الدراسة، منهج الدراسة، أدوات المستخدمة في الدراسة.

الفصل السادس: تم تناول فيه عرض ومناقشة ناتج الحالة التي إحتوى على تقديم حالات الدراسة، وعرض ملخص مقابلة لكل حالة ومناقشتها.

الفصل الأول: الفصل التمهيدي

الإشكالية:

إزداد عدد المسنين في العالم إزديادا ملحوظا مما يزيدهم ضرورية الإهتمام بهذه الفئة في جميع نواحي الحياة الصحية النفسيه الإجتماعية والإقتصادية.

ويقصد بالمسنين تلك المرحلة العمرية الممتدة ما بعد 60 عاما والتي يتعرض من خلالها الفرد إلى سلسلة من التغيرات التباطئ الإنحدار أو التقلص في الأداء والأنشطة الفيزيولوجية والنفسية والإجتماعية وهي مرحلة مليئة بالصراعات والتحديات مع الذات والمجتمع والمسنون يعانون في هذه المرحلة الكثير من المشاكل التي قد تؤدي إلى إختلال توازنهم وصحبتهم النفسية والعقلية ونجد من بين هذه المشاكل الأمراض الإنتكاسية التي تعرف بأنها عملية بيولوجية للفقدان التدريجي للهياكل أو الوظائف في حالة العضو أو الأنسجة بمعنى دقيق هو حالة مرضية تؤثر على الخلايا العصبية وتحكم عليها بالموت المحقق من الناحية العملية وتشكل العواقب المترتبة على الأمراض الإنتكاسية العصبية على صحة الفرد بسبب ما تسببه من مضاعفات على المستوى الجسدي والعاطفي والمعرفي والسلوكي والإجتماعي.

ومن بين الصعوبات التي قد يواجهها المسنين عامة والمصابين بالمرض الإنتكاسي خاصة هي فقدان التفاعل والإدراك الإجتماعي الذي يجعلهم في إتصال مستمر مع الذات والمجتمع. والإدراك الإجتماعي هو عملية عقلية معرفية تعتمد على التفاعل الإجتماعي القائم بين الأشخاص من حيث أن هناك شخص يدرك وهناك ما يدركه في شخص آخر أو آخرين وينتج عن هذا التفاعل من تقويم وحكم عن سلوك الفرد من خلال نوعية العلاقات التي تتم بين هؤلاء المتفاعلين إنطلاقا من ذلك الموقف ويمكن وصف الإدراك الإجتماعي بأنه عملية وجدانية يحدد الإنسان بواسطتها مدى إهتمامه بجماعة من الأفراد وتقبلهم بدرجة أكبر من غيرهم مما يجعله يقبل عليهم فيذرك أهمية وجودهم وفقا لما لمسه منهم من إحساس متبادل بينه وبينهم وبناء على خبراته السابقة معهم . (**ماهر محمود عمر 1992 صفحه 150**)

وقد جاءت هذه الدراسة لنكشف عن الإدراك الإجتماعي للمسن المصاب بمرض الإنتكاسي والمسن السليم والفرق بينهما.

ويمكن صياغة مشكلة الدراسة في السؤال التالي: **هل يوجد فرق في الإدراك الإجتماعي بين المسن المصاب بالمرض الإنتكاسي والمسن السليم؟**

ما مستوى الإدراك الإجتماعي للمسن المصاب بمرض الإنتكاسي؟

ما مستوى الإدراك الإجتماعي للمسن السليم؟

فرضية الدراسة:

يوجد فرق في الإدراك الإجتماعي بين المسن المصاب بالمرض الإنتكاسي والمسن السليم

أهداف الدراسة:

- ❖ التعرف على وجود الفرق في الإدراك الإجتماعي بين المسن المصاب بالمرض الإنتكاسي والمسن السليم
- ❖ التعرف على مستوى الإدراك الإجتماعي لدى المسن المنتكس
- ❖ التعرف على المستوى الإدراك الإجتماعي لدى المسن السليم

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة فيما يلي:

الأهمية النظرية:

تتجلى الأهمية النظرية للدراسة في محاولة تقديم إضافة جديدة في مجال البحوث النفسية والتربوية وهذا من خلال دراسة الفرق بين الإدراك الإجتماعي للمسن المصاب بالمرض الإنتكاسي والمسن السليم لدى عينة من المسنين في دار العجزة وتحاول الدراسة تقديم مجموعة من المعلومات الهامة التي من شأنها أن توضح أكثر لكل من الإدراك الإجتماعي والأمراض الإنتكاسية وتزيل عنهما أي غموض.

الأهمية التطبيقية:

مفهوم الإدراك الإجتماعي تناولته العديد من الدراسات من زوايا مختلفة ومع عينات متباينة وأهمية الدراسة الحالية من الناحية التطبيقية تمثلت في إعتمادها دراسة عينة المسنين وهي الأقل الفئات العمرية حظا في المجتمع حيث لم تحظى هذه الفئة بالإهتمام اللازم والسبب في ذلك إلى الفكرة العامة لدى معظم أفراد المجتمع أن الشيخوخة هي مرحلة النضوج الفكري والصحي والأدائي والإجتماعي وبالتالي فهي المرحلة غير مغرية للدراسة والبحث وكذا إلى

أهمية متغيرات الدراسة الإدراك الإجتماعي وتكمن الأهمية التطبيقية أيضا في معرفة الفرق في الإدراك الإجتماعي بين المسن المنتكس والمسن السليم.

تحديد مفاهيم الدراسة:

– الإدراك الاجتماعي: هو عملية يتم بواسطتها فهم وتفسير المنبهات الإجتماعية التي تصلنا من البيئة الإجتماعية وعادة ما تعتمد على مشاعرنا وقيمنا وإتجاهاتنا (**محمود شمال حسن 2001 صفحة 88**)

التعريف الإجرائي: هو العملية العقلية التي يتم من خلالها تفسير وتأويل المثيرات وصياغتها على نحو يمكن فهمها ومن ثم الخروج بتصور أو حكم أو قرار.

– الأمراض الإنتكاسية: التنكس العصبي مجموعة واسعة من الإضطرابات الناجمة عن التدهور تدريجي للخلايا والوصلات في الجهاز العصبي والتي تعتبر ضرورية للتنقل والتنسيق والقوة والإحساس والإدراك فهي تتميز بالفقدان التدريجي للخلايا العصبية

التعريف الإجرائي: هي أمراض تتراجع فيها وظيفة أو بنية الأنسجة أو الأعضاء المصابة وتسير نحو الأسوء مع مرور الوقت وتزداد سوء أثناء مرحلة الشيخوخة

– المسنين: لقد عرفت الأمم المتحدة وجامعة الدول العربية المسن بأنه كل من تجاوز عمره الستين سنة ويشار إليه في العلوم الإجتماعية بأنه بلوغ السن الذي ينتهي فيه نضج الإنسان ويتحول النمو إلى عمليه تفكك وهبوط تدريجي في قدرة أعضاء الجسم على القيام بوظائفها ويحدث في هذه الفترة ضعف وإنهيار في الجسم واضطرابات في الوظائف العقلية ويصبح الفرد أقل كفاءة وليس له دور محدد ومستحب إجتماعيا وسيء التوافق ومنخفض الدافعية وغير ذلك من التغيرات.

المفهوم الإجرائي للمسن: المسن هو كل فرد ذكر أو أنثى بلغ 60 من عمره أو أكثر وظهرت مجموعة من التغيرات الجسمية والنفسية والإجتماعية والإقتصادية ويحتاج إلى رعاية ومساعدة الآخرين.

– مفهوم دار العجزة: هي المراكز والمساكن الإجتماعية المخصصة لإيواء الأشخاص الذين يتميزون بصفة الضعف والعجز بسبب التقدم في السنّ أو أناس وصلوا سن الشيخوخة والذين تتجاوز أعمارهم 60 عاما فأكثر على

الأغلب. ففيها يقطنون ويعيشون حياتهم ويتلقون خلال وجودهم هناك المأوى والمأكل والمشرب واللباس والعلاج الطبي والنفسي وبرامج الترفيه عن النفس.

الدراسات السابقة:

دراسة ديان بيري وصاك ارترسلي (itlos,1987, dand, dees) وموضوعها تأثير ملامح الوجه في إرتباطها العمرية في الإدراك الإجتماعي والدراسة تعد نموذجا للمنحنى الإيكولوجي وتعرض لتأثير التغيرات المرتبطة بالعمر و المتعلقة بطبيعة ملامح الوجه والإدراك الإجتماعي.

و قد تطور المنحنى الإيكولوجي للإدراك الإجتماعي من خلال جهود كلا من " مارك أرثر لينيس- زم بارون" ويعتبر هذا المنحنى أن ملامح الوجه ربما تؤثر في الإنطباعات التي يكونها الأشخاص نحو بعضهم البعض فمثلا ملامح الوجه الطفولي تعطي انطباع بالإحتياج والمساعدة.

والمنحنى الإيكولوجي يشير إلى المتغيرات المتعلقة بملامح الوجه يكون لها دلالة قوية تتعلق بالتوافق الإجتماعي وبالتحديد قد إفترض أن البالغين من ذوي نوعيه ملامح الوجه الطفولي" الغير الناضجة" تكون عاملا مؤثرا في أن يدركهم الآخرون وفقا لهذه الملامح الظاهرة.

من المقترح أن المنحنى الإيكولوجي ربما يصلح إلى أن يطبق في أبحاث تتصل بالمتغيرات الأخرى التي تتعمق بملامح الوجه في محاولة للتعرف على علاقة هذه المتغيرات بالإدراك الإجتماعي وفي محاولة التوصل إلى المحددات الأمبريقية للكيفية التي تؤثر بها على نوعية ملامح الوجه على تكوين الإنطباعات وهكذا يتضح المنظور الذي يمدنا بتغيير الحقيقة القاتلة بأن وجه الشخص يعد إنعكاسا للشخصيته. (عطي، 2001 صفحه 76 75)

دراسة sofy.vantoni,kwiwon,arnodkoy,tkarviskipatrik,vermishe ,2015,paris

هدفت هذه الدراسة أو بالأحرى كان الهدف الرئيسي للدراسة من خلال قيام بمسح شامل للأشخاص المصابين بالتصلب.. هو وصف وضعهم الوظيفي وكانت الأهداف الثانوية منذ متى وكيف تؤثر أعراض التصلب المتعدد في البداية على التوظيف في حد ذاته وما هي الإستراتيجيات التي يستخدمها الأشخاص الذين يعانون من مرض التصلب العصبي المتعدد للتغلب على مشاكلهم الوظيفية وتمت الدراسة على عينة من المرضى أجريت الدراسة إستقصائية بتأثير رجعي لجمع البيانات من الأشخاص الذين يعانون من المرض والذين تتراوح أعمارهم ما بين 18

عاما فأكثر وتمثلت الأداة المستخدمة في هذه الدراسة أداة ويب بمساعدة الكمبيوتر وأسفرت النتائج على أن كل مجموع 941 مستجيبا يعملون في وقت تشخيص التصلب المتعدد أو عملوا لاحقا متوسط الوقت مدة التشخيص 10 سنوات كان للتصلب تأثير على التوظيف 74.5% قد توقفوا عن نشاطهم المهني لسبب متعلق بالتصلب المتعدد كان متوسط الوقت في التشخيص إلى توقف النشاط المهني بالتصلب المتعدد 24 عاما فاصل الثقه 95% 26.3 21.7 عاما كان .... على الدراية بالأدوات المتاحة لمساعدتهم في الإحتفاظ بالعمل لذلك من خلال هذه الدراسة فإنها تسلط الضوء على أهمية التدخل المبكر من قبل طبيب الطب المهني من أجل تفضيل الإحتفاظ بالوظيفة وإستخدام جميع الأدوات المتاحة من قبل العاملين المصابين بالتصلب العصبي وليس فقط أولئك الذين يتمتعون بمكانة معترف بها كعامل معاق.

دراسة (**Mélanie Démrers juin, Paris, 2016**)

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى تأثير الوظائف المعرفية المختلفة لاسيما سرعة معالجة المعلومات والذاكرة والإنتباه عند مرضى التصلب اللويحي لذلك كان الهدف الرئيسي من هذه الدراسة هو فحص والتقييم الذاتي لأداء الذاكرة المرتقب والرجعي في مرض التصلب اللويحي مع مراعاة حالة ضعفهم الإدراكي وشملت عينة الدراسة 30 مريضا يعانون من مرض التصلب العصبي المتعدد في 24 مواضيع التحكم مطابقة للعمر والتعليم وإستخدموا في هذه الدراسى مجموعة من الأدوات مقياس حالة الإعاقة الموسعة EDSS إختبار البطارية" النسيان الذاكرة المرتقب الرجعي يتكون PRMQمن 16 سؤال لتقييم تواتر أخطاء الذاكرة اليومية الإختبارات النفسية العصبية(وظائف تنفيذية لترتيب الصور WAIS, DPA متاهات SCT أوجه التشابه WAIS) STROOP (III،إختبار دوب إختبار فرز بطاقة WISCONSIN, TMT, WCST خريطة حديقة الحيوان)اللغة (طلاقة اللفظية) العمل (إختبار الإضافة التسلسلية السمعية بخطى PASCAT وأسفرت نتائج الدراسة على أن PRMQتم حساب متوسط درجات السؤالين لكل من الفئات... الثمانية بالإضافة إلى تم إستخدام تحليلات التباين لتحديدها إذا كان مرضى التصلب المتعدد يختلفون بشكل كبير عن الأشخاص الخاضعين للمراقبة كما هو متوقع أبلغ مرضى للتصلب المتعدد عن أخطاء PMبشكل متكرر أكثر من الأشخاص الضابطين مما يشير إلى أنه عجز PM ثم الإبلاغ عنه بشكل متكرر أكثر من عجزPM أي أن ميل مرضى التصلب المتعدد لإبلاغ عن المزيد من الفشل الذاكرة مرتبط عكسيا بمستوى ضعف الإدراك لديهم كلما كان المرضى ذوي الإعاقة المعرفية

أكثر إنخفضت دراجاتهم في PRMQوفي الواقع لم يلاحظ إختلافات كبيرة في الإبلاغ بين مرضى التصلب العصبي المتعدد.

دراسة محمد رعيش محمد ،أبو الخير

في نتائجها أنه كلما زادت الضغوط الحياتية المختلفة على المسنين كلما زاد إتجاهه السلبي نحو الحياة ومن أهم هذه الضغوط الإقتصادية الأسرية الإجتماعية ووقت الفراغ والمكانة الإجتماعية وعدم الشعور بالأهمية وتوصلت دراسة عبد العزيز عنيم إلى أن للمسنين العديد من الحاجات أهمها الحاجات الإقتصادية والصحية والحاجات الإجتماعية ومن أهمها الحاجة إلى علاقات الصداقة والترفيه والحاجات النفسية وأهمها حاجته إلى الشعور بالحب والتقبل على الجانب الآخرين.

دراسات سابقة حول الإدراك الإجتماعي دراسة دايموند 1948 1949

حيث ناقشت العلاقة بين البصيرة وقدرة الفرد على أن يشعر بإحساسات الآخرين في المواقف الإجتماعية Empolhic ability (الإستشقاف الوجداني) وقد توصل لعدة استنتاجات أهمها:

- ❖ يتكون مفهوم العلاقة بين الفرد والأخرين بناء على قدرته على الإحساس بشعورهم في المواقف الاجتماعية
- ❖ تعتمد بصيرة الفرد في علاقته بالآخرين على قدرته على الإحساس بإحساساتهم
- ❖ القدرة على الإحساس بشعور الآخرين تنمو وتتطور من خلال العلاقات الاجتماعية التي يتعرض لها الفرد في السنوات الأولى من حياته.

دراسات سابقة حول تأثير الأمراض الإنتكاسية على الإدراك الإجتماعي دراسة حسين حمادي 2017

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة أن الإدراك الإجتماعي تماعي عنصر أساسي لصحة الإنسان وأن له تأثير إيجابي عليها فإن الغرض من هذه الدراسة مدى تأثير الأمراض الإنتكاسية على الإدراك الإجتماعي وإستراتيجيات المواجهة لدى المصابين بالأمراض الإنتكاسية حيث تم إختبار 100 الشخص وتم إختيار 30 شخص من بينهم بصورة عشوائية ومن بعد ذلك تم تقليصهم إلى مجموعتين 15 للإختبار و15 للمراقبة وقام أخصائي علم النفس السريري بعقد 8 جلسات كل جلسة تستغرق 90 دقيقة وذلك بإستخدام مجموعة من الأدوات كالإستبيان وكانت النتيجة معظم المصابين بالأمراض الإنتكاس العصبي لديهم إدراك اجتماعي منخفض.

دراسات خاصة بمرض التصلب اللويحي دراسة دليلة زناد أمينة خرايفية جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة نوعية الحياة التي تعاني منها مرض التصلب المتعدد ومجالاتها أيضا التعرف على المعاش السيكولوجي لمرض التصلب المتعدد وأبعاد نوعية الحياة لهذه الفئة من المرضى وقامت هذه الدراسة على عينة من المرضى بالتصلب اللويحي بالجزائر العاصمة

وإستخدموا في هذه الدراسة مجموعة من الأدوات منها المقابلة العيادي وسلم تقدير نوعية الحياة والمعالجة الإحصائية قاموا بإستخدام تقنيات إحصائية الهدف منها التوصل إلى مؤشرات كمية تساعد في التحليل وتفسير وقد تم إختيار برنامج SPSS في نسخته 180 وتوصلت الدراسة إلى نوعية الحياة لدى مرض التصلب اللويحي متدهور ويمثلون درجات منخفضة في معظم أبعاد نوعية الحياة خاصة فيما يخص بعد الآلام الجسمية والعلاقات مع الآخرين والصحة النفسية والجسمية.

الفصل الثاني: الإدراك الاجتماعي

تمهيد

1 **مفهوم الإدراك الاجتماعي**

2 **خصائص الادراك الاجتماعي**

3 **النظريات المفسرة للإدراك الاجتماعي**

4 **العوامل المؤثرة في الإدراك الاجتماعي**

خلاصة

تمهيد

يتفق العديد من العلماء والباحثين في مجالات علم النفس المختلفة على أن سلوك الإنسان هو محصلة التفاعل بين الإنسان والبيئة التي يعيش فيها.

كما يتفقون على أن السلوك إنما يصدر عن الفرد كنتيجة لعدد من العمليات التي يقوم بها .فالإنسان يحس، يدرك، يعرف، يتخيل، يفكر وغير ذلك من العمليات، وهي في مجموعها تقوم بدور فعال في استثارة، وتوجيه الفرد لسلوك ما دون سواه. وهذه العمليات اكتسبت أهمية بالغة في تراث علم النفس على مر العصور، ولكل منها العديد من البحوث والدراسات.

وسوف نتناول في دراستنا هذه أحد العمليات الذهنية ذات الأهمية والتأثير على غيرها من العمليات الذهنية بصفة عامة، ألا وهي عملية الإدراك، حيث سنتناول في هذا البحث عملية إدراك الفرد للأفراد الآخرين وتكوين انطباعات وأحكام عليهم.

ويندرج هذا في عملية الإدراك الاجتماعي الذي بدأت الدراسة فيه منذ نهاية النصف الأول من هذا القرن حيث يناقش" كانتريل " cantrill معنى الإدراك الاجتماعي.

ومن هذا المنطلق أردنا في هذا البحث تحديد مفهوم الإدراك الاجتماعي وخصائصه والعوامل المؤثرة فيه وكذا أهم النظريات المفسرة له .

1 مفهوم الإدراك الاجتماعي :

عملية إدراك الفرد للآخرين، هي عملية معقدة، فهو لا يعتمد على مجرد ما يراه الفرد وما يسمعه عن الآخرين، بل يعتمد أيضا على خصائص الموقف الذي تتم فيه عمليات التفاعل الاجتماعي، ومن هنا ينتج انطباعنا عن الآخر وبالتالي إصدار أحكام وتقويم لشخصيته وهذا ما يمثله الإدراك الاجتماعي ومن هنا يمكن التطرف إلى بعض التعاريف الخاصة بالإدراك الاجتماعي .

فالإدراك الاجتماعي هو عملية تكوين انطباعات impressions عن الآخرين وتقويمهم والحكم على سلوكهم وخصالهم (سواء فيما يتعلق بمشاعرهم أو مقاصدهم، وشخصيتهم، أو استعداداتهم...الخ).

كما أنه يتضمن وضع الفرد للأشخاص الآخرين وتصنيفهم في فئات ذات معنى، كأن يصف الفرد الآخرين على أساس المظهر الجسمي أو ملامح الوجه، أو على أساس بعض الخصائص السيكولوجية مثل: العداوة والكراهية، مقابل التسامح والحب (**عبد اللطيف محمد خليفة، 2003، ص90**)

بعد الادراك عملية مهمه للفرد في فهمه للعالم المحيط به والتكيف معه واختيار السلوك المناسب في مواقف الحياة المختلفة، فلإدراك عملية تكوين الانطباعات الحسية عن العالم الخارجي وفهمها وتفسيرها وتنظيمها في الذاكرة على شكل خبرات من الممكن استعمالها في مواقف اخرى وللجوء اليها خلال عمليات التعامل مع البيئة المحطة، ويعرف الادراك في علم النفس بانة الطريقة التي تتقى وتنظم وتفسر بها المدخلات الحسية لفهم ما يحيط بالإنسان (**محمد ومصطفى، 2010، ص127**)

ويمكن أن نقول أن الادراك عملية:

اتقائية: فالإنسان لا يلفت الا لما يهمه ولا يدرك سواه؛

ذاتية: فكل انسان يحكم على ما يدركه على وفق خبراته الخاصة السابقة؛

تفسيرية: أي أن الانسان يعطي معنى للخبرة التي يمر بها؛

غرضية: أنها تتم بهدف التكيف مع الواقع المحيط المدرك (**علي، 1984، ص27**)

يعد الادراك أحد اهم مفاتيح التعلم ووسائله الفاعلة حيث ان التعليم الفاعل يتطلب ادراك فاعل للمثيرات التي يتقبلها المتعلم من البيئة المحيطة وإعطائها قيمة ومعنى يسهل عملية استرجاعها في المستقبل، لأن التعلم هو تغير في السلوك ناتج عن تغير البيئة المحيطة، لذلك يكمن دور الادراك في تفسير تغيرات البيئة ودمجها بطريقة تساعد على تنمية البيئة المعرفية للفرد (**العتوم، 2005، ص13-14**)

فالإدراك عملية تأويل الاحساسات تأويلاً عمليا يزودنا بما في عالمنا الخارجي من أشياء فهو العملية التي تم بها معرفة الفرد للبيئة الخارجية التي يعيش فيها ولحالية الداخلية، فهو يتعمد على الإحساس ويتعمد مقوماته من الإحساسات التي ينقلها الجهاز العصبي إلى المخ حيث قسم عملية الإدراك والانسان يتقبل الموضوعات الخارجية ويفهمها ويؤولها ويفسرها من خلال خبراته السابقة وميوله وتكوين شخصيته وثقافته واتجاهاته فحن ندرك الأشياء تبعا لشدة المثير الذي تحمله وتلك الشدة تختلف من فرد لفرد ومن ثقافة الثقافة. (**الزيدي – كلية التربية الأساسية**)

وبما أننا قلنا إن الإدراك الاجتماعي هو عملية تكوين انطباعات عن الآخرين فإنه ينبغي علينا أن نوضح عملية تكوين هذه الانطباعات :

عند مقابلتنا لأشخاص جدد نحاول تكوين انطباعات أولية عنهم، هذه الانطباعات تمثل لنا صورة في أذهاننا بحيث تجعلنا قادرين على تصنيف هؤلاء الأشخاص في فئات اجتماعية معينة، وكذا يمكننا الحكم على سلوكهم وشخصيتهم وتقويمها.

" فهذا الانطباع عبارة عن علاقات مفترضة بين تفاصيل ندركها من خلال النظرة العابرة مثلما نفترض علاقة بين نوع الآخر و خصاله، إذ أننا نربط بين الذكورة و الجرأة أو بين الأنوثة و الحياء، أو نفترض علاقة بين ملبس الفرد و نشأته أو مستواه الحضاري..."

وهذه العلاقات المفترضة بين تفاصيل صورة الآخر يتم التوصل إليها من خلال عملية الاستدلال السببي Attribution Causalأي غزو أشياء إلى أشياء أخرى، وتعد هذه العملية خطوة سابقة لكثير من مظاهر السلوك الاجتماعي المتبادل كالتفضيل والحب والتعصب (**عبد المنعم شحاته،2001، ص25**)

ويرى كل من" معتز سيد عبد الله" و"عبد اللطيف محمد خليفة" أن عملية تكوين الانطباعات عن الآخرين تمر بأربع مراحل هي على النحو الآتي:

الأولى: حيث تكوين انطباع عام عن الأشخاص بمجرد رؤيتنا لهم، وذلك على الرغم من عدم توفر القدر الكافي من المعلومات والذي يسمح بإصدار أحكام تتسم بالدقة.

الثانية: تنظم النظريات الضمنية théories implicit هذا الانطباع، ومن أمثلة ذلك العلاقة المفترضة بين القدرات العقلية، أو بعض سمات الشخصية وبين الخصائص الجسمية أو المظهر الخارجي للآخرين.

الثالثة :تحدد تلك النظريات تنبؤاتنا تلك عن هؤلاء الأشخاص.

الرابعة: تتشكل تلك التنبؤات حتى تتسق مع إدراكنا للشخص كوحدة مستقلة (**معتز سيد عبد الله – عبد اللطيف محمد خليفة، 2001، ص455**)

2 خصائص الادراك الاجتماعي

من خلال آراء علماء النفس يتبين لنا أن للإدراك الاجتماعي تمثلت بأنها:

عملية وجدانية: يحدد الانسان بواسطتها مدى اهتمامه بجماعة من الافراد وتقبلهم بدرجة أكبر من غيرهم، وبناء على خبراته السارة السابقة معهم يزداد اقبالة عليهم ويدرك أهمية وجودهم لما لمسه منهم من إحساس متبادل أما إذا تجاهل فرد Positive perception ويعرف هذا بالإدراك الايجابي ما جماعة ولا يتقبلهم لما يحمله من خبرات مؤلمة سابقة معهم فإنه يوصف بالإدراك السلبي Negative perception. (**عمر، 1988، 184**)

عملية مقارنة: تتمثل في مقارنة الفرد لإطاره المرجعي ولأطر المرجعية للآخرين، فهي تدعم إدراكه لما يشابهه وعلى شاكلته، وتقلل إدراكه لمن يختلف عنه في السمات العامة للشخصية ويختلف عنه في المعايير الاجتماعية والخلقية والثقافية والمستويات الاجتماعية والاقتصادية.

عملية تبادل: لعل اهم ما يميز الادراك الاجتماعي عن الادراك الحسي أن 3 الادراك الحسي يكون في اتجاه واحد يمثله الانسان العاقل الى اشياء المادية او الكائنات الحية غير العاقلة، ولكن الإدراك الاجتماعي يكون في اتجاهين من الإنسان العاقل إلى غيره من البشر فمشاعر الحب والثقة والاحترام تكون في أفضل صورها عندما تكون متبادلة.

يعتمد على الخبرة السابقة: تتكون من الأحاسيس والمشاعر إيجابية كانت ام سلبية عند الفرد نمو الاخرين بناءً على خبراته السابقة معهم سواء اكانت السارة ام المؤلمة وتفاوت درجة ادراكه لغيره بناءً عليها (**زخروفة، 2006، ص31**).

لذلك يمكن إجمال خصائص الإدراك الاجتماعي بأنه وجداني ومقارن وتبادلي ويعتمد على الخبرة السابقة وبما أن الإدراك الاجتماعي هو تفاعل وتبادل مثل مشاعر الصداقة والحب والتعاون حيث تكون بطبيعة الحال تبادلية بين الفرد والآخرين وكذلك خبرته أي أن الفرد لدية أحاسيس ومشاعر تكون الخبرات الاجتماعية السابقة سواء سارة أو مؤلمة وأن الفرد يتعامل مع الآخرين وجدانيا بصورة إيجابية والعكس صحيح (**زمران، 2000، ص26**)

3 النظريات المفسرة للإدراك الاجتماعي :

توجد العديد من المناحي والإطارات النظرية المفسرة للإدراك الاجتماعي، وفي هذه الدراسة يمكن التطرق إلى بعض منها والتعرف عليها وتفسيرها لعملية الإدراك الاجتماعي وذلك على النحو الآتي:

منحى التعلم :

و يذهب أصحابه إلى أن الأفراد يكونون معلوماتهم، و معارفهم عن الآخرين بطريقة آلية بسيطة دون ربطها بالخبرات الماضية المتاحة لدى الفرد و ذلك على النحو الآتي:

النموذج الأول : نموذج التوسط Model Averaging يعتمد منحى التعلم في تفسيره لتكوين الانطباعات على مبدأ التوسط الذي قدمه" أندرسون" Anderson ""و الذي يفترض أنه إذا لاحظ الشخص (أ) أن الشخص (ب) لطيف و ذكي و حكيم و لكنه قصير جدا، و ملابسه فقيرة، إنه بسرعة أي الشخص (أ) يقوم بتشغيل معلوماته في ضوء ما هو إيجابي أو سلبي من هذه الصفات، في حالة ما إذا طلب منه مثلا إعطاء تقدير لهذه الصفات في ضوء مقياس متصل يمتد من +10 (إيجابي جدا) إلى 10– (سلبي جدا). و في ضوء هذه التقديرات فإن الشخص سوف يصل إلى تقويم عام لمتوسط السمات، و الذي هو عبارة عن (مجموع درجات السمات الإيجابية – مجموع درجات السلبية) ثم يقسم الناتج على العدد الكلي للسمات (**عبد اللطيف محمد خليفة، 2003، ص91**)

النموذج الثاني: نموذج الإضافة : **model additional** و يشير إلى أن الأفراد يقومون بعملية الربط بين المعلومات المفصلة، أو المستقلة عن طريق الإضافة . فإذا كان الشخص (أ) مثلا يحب الشخص (ب) بدرجة) (+6ثم تكونت لديه بعد ذلك سمة إيجابية جديدة بدرجة (+1) ، فيكون تقدير الشخص (لـ) أ(ب) يساوي (+7).

قد أشار" اندرسون "إلى أنه لا يمكن التنبؤ بدقة من خلال هذين النموذجين فقط. وذلك لأنهما يتسمان بالبساطة الشديدة، ويضيف" أندرسون "مكونين آخرين لنموذج توسط هما الوزن النسبي الذي تمثله السمة في الانطباع العام للشخص، والانطباع الأولي أو التصور الذي يكونه شخص ما لأول مرة عن شخص آخر. و أوضح أن المتوسط الموزون للسمات averaging weighted يعد من أفضل الطرق للتنبؤ بالانطباعات العامة (**عبد اللطيف محمد خليفة، 2003، ص92**)

نظرية الاستدلال : **theory inference**

و يعرض لها بعض الباحثين في إطار حديثهم عن المنحى المعرفي، فهي تفسر الإدراك الاجتماعي من خلال عملية الاستدلال التي يقوم بها الشخص بالاعتماد على الشواهد و الهاديات المتاحة لديه عن الآخرين، و كذلك بعض المبادئ العامة المتعلقة بالسلوك الإنساني، و التي يمكن التعميم من خلالها. ويطلق على تلك المبادئ "نظريات الشخصية الضمنية" ومضمونها أن عملية تكوين الأحكام عبارة عن علاقة يعقدها الفرد بين السمة المشاهدة وبين تصـوره الداخلي، ومعتقداته، وتوقعاته. وفي ضوء نظرية الشخصية الضمنية التي توجد لدى الأفراد، تؤثر هذه

الأبنية المعرفية على إدراكهم للأشخاص الآخرين، وفي الاستنتاجات التي يصلون إليها. فإدراك الفرد لا يتحدد كلية بالمعلومات المتاحة لديه ولكن بوظيفة هذه المعلومات في نظرية الشخصية الضمنية (**عبد اللطيف محمد خليفة، 2003، ص92**).

المنحى المعرفي approach cognitive

يرى ممثلو هذا المنحى أن الانطباعات التي يكونها الفرد عن الآخرين لها معنى معين بالنسبة له، وأنها لا توجد بشكل مستقل عن المعارف والخبرات السابقة، بل توجد في إطار أو سياق معين تؤثر فيه وتتأثر به – فنحن لا ندرك صفات الآخرين على أنها أجزاء منفصلة ولكنها أشياء متصلة ويوجد بينها درجة من الاتساق. حيث تحدث عملية تنظيم لهذه الأجزاء من المعارف أو المعلومات في إطار عام ذي معنى متكامل.

فإدراك الأجزاء مع بعضها البعض يعطينا أيضا انطباعا عاما لا يتوفر من خلال النظر إلى هذه الأجزاء منفصلة. وبالتالي فتكوين الانطباعات ليست عملية آلية ولكنها عملية تتم في سياق معين. فمعرفتنا لشخص ما بأنه ذكي في إطار المعرفة بأنه يتسم " بالدفء "يختلف عن معرفتنا" بأنه ذكي "في إطار أنه يتسم بالبرودة.

و يلخص كل من" معتز سيد عبد الله" و"عبد اللطيف محمد خليفة"، جملة من المبادئ العامة التي توصل إليها الباحثون في مجال دراستهم للمعرفة الاجتماعية و هي:

أ) تشتمل معالجة المعلومات procession information عن الأفراد الآخرين على إدراك أو تصور بعض المعاني المرتبطة بموضوع المنبه.

ب) يميل الأفراد للانتباه إلى الملامح أو الخصائص الأكثر بروزا features salientفي المجال الادراكي.

ج) ينتظم المجال الادراكي لدى الفرد عن طريق عملية التصنيف التي يقوم بها أو وضع المنبهات في فئات catégorisationفنحن نميل إلى رؤية الأشياء المعزولة أو المنفصلة على أنها جزء من فئة أو مجموعة.

د) نحن ندرك المنبهات غالبا على أنها جزء من البناء أو الإطار العام. فكل منبه يرتبط بالمنبهات الأخرى في الزمان والمكان والتأثير، حيث يتم إدراكنا للآخرين في سياق معين أو بناء شامل من المعارف.

ويهتم أصحاب المنحنى المعرفي بدور التمثيلات العقلية Mental Représentation والمخططات العقلية schéma Mentalفي إدراك الأشخاص والأحداث الاجتماعية (**معتز سيد عبد الله–عبد اللطيف محمد خليفة، 2001، ص462**).

نظرية العزو : theory attribution

تعد نظرية " فرتزهايدر "واحدة من نظريات الاتساق المعرفي، وسنتحدث عنها هنا فيما يتعلق بإدراك للآخرين، فلقد توصل" هايدر"، إن إدراكنا للآخرين، قد ينشأ عن ثلاثة مصادر رئيسية، وهي: الفرد نفسه والبيئة المحيطة به أو الاثنين معا (الفرد والبيئة) (**محمود شمال حسن،2001، ص108**)

فربما يعزو الشخص نجاحه في ميدان عمله إلى سماته الشخصية، لكونه يتسم بالانبساط والثقة بالنفس وقدرته على التفاعل في المواقف الاجتماعية المختلفة وربما يعزوها إلى أن قدراته التي يتمتع بها، هي التي جعلته شخصا ناجحا في عمله، وربما يعزو الجهود التي يبذلها في عمله، سببا في النجاح.

وبذلك فإن الفرد، قد يكون انطباعات عن الآخرين المحيطين به، استنادا إلى خصائصه الشخصية.

وطبقا لهذه النظرية، فقد نعزو سبب الإدراك إلى البيئة المحيطة بنا وما تنطوي عليه من تنبيهات. فلقد يعزو الشخص نجاحه إلى الظروف المحيطة به، من نقل وتسهيلات في الخدمات ... الخ.

والجدير بالإشارة، إن إرجاع الإدراك إلى عوامل البيئة، كأننا نكون هنا من أصحاب الفلسفة الحتمية، ولا سيما الحتمية السلوكية التي يعد" سكنر "أحد أقطابها) محمود شمال حسن،2001، ص109:).ووفقا لهذه النظرية، فإن الإدراك ربما يعزي إلى عاملي: الفرد نفسه والبيئة المحيطة به، وعلى ذلك، فإن الشخص، ربما يعزو سبب نجاحه إلى خصائصه الشخصية التي يتمتع بها، فضلا عن الظروف المحيطة به.

4 العوامل المؤثرة في الإدراك الاجتماعي:

وفي هذا الأساس، نشير إلى أن هناك مجموعتين من المتغيرات المؤثرة في الإدراك الاجتماعي. أولهما المتغيرات المتعلقة بالثقافة السائدة، وتشمل (الألفة، المكانة الاجتماعية، الجماعة، ونظام الاتصال). وثانيهما المتغيرات المتعلقة بالشخصية وتشمل (الحاجات، خصائص الشخصية، الخبرة السابقة، جاذبية الفرد، افتراضاتنا عن طبيعة البشرية)

وفيما يلي توضيح لهذه العوامل كل على حدى:

1.4 المتغيرات المتعلقة بالثقافة السائدة:

الألفة : تعد المنبهات التي تكون على صلة بخبرات الفرد أكثر إدراكا من تلك المنبهات التي تكون بعيدة عن خبراته (**محمود شمال حسن،2001،ص110**) يعني هذا أن تلك المنبهات التي يكون الفرد على إطلاع بها أي

أن له خبرة كبيرة تجاهها يدركها أكثر من تلك المنبهات التي يجهلها و تعتبر بعيدة عن خبراته. وبهذا يكون متغير الألفة أساسي في عملية الإدراك الاجتماعي.

المكانة الاجتماعية: يبدو أن المكانة الاجتماعية التي يحتلها الفرد داخل التنظيم الاجتماعي، تؤثر في إدراكه للعالم من حوله، فالمكانة المرموقة التي يتمتع بها الفرد، ستؤدي في نهاية الأمر إلى إدراكه بطريقة تختلف تماما عن إدراك ذلك الذي يتمتع بمكانة اجتماعية اعتيادية أو هي ليست بذي أهمية. وهذا معناه، إن الآخرين سيكونون انطباعات عنه ربما تشتمل على الاحترام والتقدير أو الانبهار والإعجاب (**محمود شمال حسن،2001، ص111**)

ومن هنا يلاحظ أن المكانة الاجتماعية التي يشغلها الفرد، ربما تضفي عليه بعض الخصائص الشخصية والاجتماعية التي يحتمل أن تنطوي على شيء من المبالغة، بحيث أنه كلما كانت المكانة الاجتماعية التي يحتلها الفرد على قدر عالي ومستوى رفيع، فإنه أي هذا الشخص يحظى بانطباعات تختلف عن غيره من الناس، ويصنفونه ضمن فئات اجتماعية محددة المعالم ويصفوه بخصائص شخصية واجتماعية. فإذن مكانة الفرد في التراث الاجتماعي ستجعله يدرك الأحداث والوقائع بطريقة تتفق مع مكانته.

الجماعة: تعد الجماعة التي ينتمي إليها أو تلك التي يتردد عليها، بقصد العمل أو تحقيق منفعة معينة من المتغيرات التي تؤثر في سلوكه، وتبعا لذلك، فإن العمليات النفسية التي تحدث داخل الجماعة، ستؤثر على طبيعة إدراكه للعلاقات السائدة والأحداث المحيطة به (**محمود شمال حسن،2001، ص112**)

فالفرد أثناء تواجده في جماعة معينة، فإنها تؤثر فيه ويتأثر هو كذلك بخصائصها وصفاتها، ويتأثر كذلك بمجمل العمليات النفسية التي تحدث داخل هذه الجماعة. ومن جراء ذلك تؤثر في طبيعة إدراكاته لكل ما يحيط به من علاقات مع غيره. ومن هنا نستنتج أن للجماعة دور كبير في تحديد الإدراك الاجتماعي لدى الفرد.

نظام الاتصال: يمكننا القول أن الفرد لا يمكنه أن يعيش منعزلا عن الآخرين، لأنه بحاجة إلى أن يتفاعل مع غيره لتسهيل مستلزمات معيشته والتحاور في قضايا المصير المشترك، فضلا عن إيصال رسائل معينة تهدف إلى التبليغ ببعض الإرشادات، الغاية منها إدامة الصلة بين كل الأفراد في التنظيم الاجتماعي (**محمود شمال حسن،2001، ص112**)

ومن هنا يمكن القول أن الفرد وهو يتفاعل مع غيره، يستخدم الاتصال بعديد من الأشكال، منها ما يكون لغويا، أي الرسالة الاتصالية الحادثة بين المرسل والمستقبل ومنها ما يكون بعيدا كل البعد عن اللغة، أي أن الرسالة هنا

تخلو من الألفاظ وعادة ما تستخدم نظاما إتصاليا يستند إلى الإشارة، أو الإيماءة أو نبرات الصوت إلى غير ذلك من أشكال الاتصال غير اللفظي.

وما نريده قوله هنا، أن الإدراك يتأثر بطبيعة النظام الإتصالي، سواء كان لفظي أو غير لفظي.

كما يساهم الاتصال في تعديل إدراكنا للآخر، وخاصة إذا كان هذا الإدراك سلبي حيث نجد مثلا شخصان لا يعرفان بعضهما ويشعران بالنفور من بعضهما بناء على مجرد معطيات سلبية يحملها كل فرد منها عن الآخرين (إدراك سلبي). وعندما يتقابلان لفترة قصيرة فإنهما يكونان انطباعا عن بعضهما، ومع مزيد من التفاعل والتواصل تصبح هذه الانطباعات الأولية أكثر ثراء وخصوصية وتحدد كيف يسلك كل منهما نحو الآخر، والعلاقة القائمة ودرجة حب كل منهما للآخر وارتباطه به، وبالتالي، كلما اخذ الاتصال بينهما في مسار إيجابي ساعد كل منهما على تعديل المعطيات السلبية التي كان يحملها الآخر.

2.4 المتغيرات المتعلقة بالشخصية:

- **الحاجات:**

تشير الدراسات، أن الأفراد الذين يزداد لديهم الدافع العدواني، يدركون التصرفات العدوانية اكثر من غيرهم الذين هم اقل عدوانية، وكذا الحال مع الأفراد الذين لديهم دافع للإنجاز، فهم يدركون الكلمات الدالة على الإنجاز بصورة أسرع من أولئك الذين لديهم دافع إنجاز منخفض. وهذه إشارة واضحة إلى أن الدوافع السائدة لدى الأفراد تسهم في تشكيل عالمهم الادراكي.

- **خصائص الشخصية:**

تعد خصائص شخصية الفرد من المتغيرات التي تساهم بإدراك الفرد للآخرين، فلقد وجد أن الأفراد الذين تتسم شخصياتهم بالكبت وعدم التعبير عن مشاعرهم، يصعب عليهم إدراك مصادر التهديد، وعلى العكس من ذلك، نجد أن الأفراد الذين يتسمون بحساسية مفرطة يدركون مصادر التهديد بكل سهولة، وذلك لأن زيادة الكبت، قد يؤدي إلى اضطراب في عملية التنظيم الإدراكي، ومن ثم تشويه المدركات، مما يترتب على ذلك، حصول أخطاء في عملية الإدراك (**محمود شمال حسن، 2001، ص118**).

ويشير " محمود شمال حسن "كذلك إلى أنه من خصائص الشخصية المؤثرة في الإدراك الاجتماعي، سمة السيطرة والخضوع، فلقد اتضح إن الفرد الذي يتصف بالسيطرة، يختلف في إدراكه عن ذلك الذي يتصف بالخضوع .

ولمعرفة هذه السمة الشخصية، وكيف تؤثر في الإدراك، صنفت إحدى الدراسات الأفراد، استنادا إلى مقياس السيطرة إلى مجموعتين، إحداهما تتصف بسيطرة عالية، والأخرى تتصف بسيطرة منخفضة، ثم بعد ذلك نظم أفراد المجموعتين إلى أزواج، بحيث يشتمل كل زوج على فرد لديه سيطرة عالية وآخر لديه سيطرة منخفضة. بعدها، طلب من الأزواج، أن يتعاونوا في حل بعض المشكلات، وأثناء العمل التعاوني، يكلف أحد الأزواج باتخاذ الدور المسيطر الذي يصدر الأوامر والتعليمات، بينما يتخذ زميله الآخر دور التابع الذي ينفذ الأوامر.

ولقد تبين من الدراسة، إن الفرد الذي يؤدي مهمة المسيطر، كانت فاعليته أعلى حينما تناط به مهمة إصدار الأوامر مع زميل خاضع له. ويبدأ الأداء بالانخفاض حينما لا يتصف الدور المناط بالفرد مع سمته الشخصية في السيطرة والخضوع (**محمود شمال حسن،2001، ص119**).

ومن هنا يلاحظ أن خصائص الشخصية التي لا تتفق مع الدور الذي يناط بالفرد سيؤدي إلى غموض لا يمكن احتماله، انطلاقا من إن عدم انسجام الدور مع خصائص شخصية الفرد، يشكل غموضا، يجد الفرد نفسه نافرا منه، ولما كان نافرا من الغموض وعدم قدرته على احتماله، سيؤدي إلى تدني الأداء لديه بدرجة ملحوظة.

- **الخبرة السابقة:**

يلاحظ أن إدراكنا يتأثر بتوقعاتنا وخبراتنا وافتراضاتنا التي نكونها عن الأفراد والأحداث والعالم الذي يحيط بنا. فقد نكون افتراضات مسبقة عن فئة اجتماعية معينة دون أن يكون لنا معها خبرة سابقة. إذ تتكون مثل هذه الافتراضات استنادا إلى أحاديث بعض الأقارب والأصدقاء.

وللتأكد من صحة هذا الادعاء استخدمت إحدى الدراسات في بريطانيا عدة صور لوجه " مارجريت تاتشر"، و لقد أجريت على إحدى الصور بعض التعديلات على العيون و الفم ثم قلبت هذه الصورة و معها الصور الأخرى، فوجدت الدراسة إن التشويه قد أهمله الأفراد الذين أجريت عليهم هذه الدراسة، و هذا يعود إلى التوقعات التي يحملونها عن الشخصية موضع الإدراك، الأمر الذي يجعلهم يميلون إلى إكمال الصورة دون رؤية النقص فيها و التغاضي عن التشويه الذي لحق بها .كما أن مخططاتنا عن الأشياء و الأحداث و الأفراد تساعدنا هي الأخرى في تحديد التهيؤ الادراكي. ويظهر ذلك جليا عندما نواجه معلومات غامضة، فسرعان ما نلجأ إلى المخططات المخزونة في الذاكرة لأجل المقارنة بينها (**محمود شمال حسن،2001، ص121**)

- **جاذبية الفرد:**

لقد تعددت أنواع الجاذبية التي يتمتع بها الفرد، فهناك الجاذبية البدنية التي تنطوي على الوسامة والجمال وجاذبية المظهر الخارجي التي تنطوي على ارتداء الملابس الأنيقة، فضلا عن مراعاة التنسيق في ألوانها والجاذبية التي يظهرها الفرد في ميدان المعلومات وذلك بكونه واسع الاطلاع وغزير القراءة في ميادين شتى من المعرفة.

ولقد تبين من الدراسات، إن الأفراد الذين يتمتعون بجاذبية بدنية يتمتعون بخصائص نفسية تختلف عن خصائص أولئك الذين لا يتمتعون بها وأفاضت الدراسات بقائمة من هذه الخصائص، لعل من أبرزها:

أن الآخرين كانوا يدركون الأفراد الذين يتمتعون بالجاذبية، بأنهم أكثر ذكاء، وشخصيات تتسم بالوداعة كما أنهم يتمتعون بمفهوم ذات عال ويحظون بالقبول الاجتماعي، وينظرون إلى المستقبل بتفاؤل، كذلك إذا تزوجوا أحسنوا الاختيار وهو الأمر الذي يجعل حياتهم الزوجية هادئة ومستقرة، وأنهم أكثر مودة وألفة ويتسمون بالدفء ولديهم ميل اجتماعي –أي قدرة على التفاعل مع الآخرين– أكثر من أولئك الذين يتمتعون بجاذبية بدنية أقل (**محمود شمال حسن،2001، ص122**)

- **افتراضاتنا عن الطبيعة البشرية:**

إن إدراكنا للآخرين، يتأثر بطبيعة الحال بافتراضاتنا عن الطبيعة البشرية nature humain فإن كانت افتراضاتنا عن الإنسان تنطوي على الخير وكونه صالحا ومحبا للتعاون وساعيا إلى تقديم المساعدة لمن يحتاجها، أصبحت مدركاتنا عن الإنسان تتسم بالإيجابية والتفاؤلية، مما يترتب على ذلك، شيوع اتجاهات تؤكد الثقة بالإنسان والسعي إلى تقديم فعل الخير. أما إذا كانت افتراضاتنا عن الإنسان تنطوي على الشر وكونه ظالما، لا يحب التعاون ويسعى دوما إلى التخريب، وهو أناني لا يساعد غيره، فقد تكون مدركاتنا عنه تتسم بالسلبية والتشاؤمية، مما يعني شيوع اتجاهات تؤكد عدم الثقة به (**محمود شمال حسن،2001، ص123**)

و من هنا نستنتج أن الافتراضات التي نكونها عن الطبيعة البشرية، تؤثر في إدراكنا للآخرين و ما ينشأ عن إدراكنا هذا، سيقرر طبيعة سلوكنا نحوهم.

خلاصة:

إن الإدراك الاجتماعي هو عملية عقلية معرفية، تعتمد على التفاعل الاجتماع ي القائم بين الأشخاص وهو عملية تكوين انطباعات عن الآخرين في مواقف اجتماعية مختلفة. ويبقى الإدراك الاجتماعي محلا للدراسات في مجال المعرفة الاجتماعية عموما وعلم النفس الاجتماعي خصوصا.

فصل الثالث: الأمراض الإنتكاسية

تمهيد

1 تعريف الأمراض الإننتكاسية

2 أسباب الأمراض الإنتكاسية

3 أعراض الأمراض الإنتكاسية

4 أنواع الأمراض الإنتكاسية

خلاصة

تمهيد:

الأمراض الإنتكاسية هي أمراض مزمنة معيقة للغاية تؤثر على الجهاز العصبي المركزي وتعطل نقل المعلومات الحسية والتحكم في الحركات وغير ذلك فإن تلفها يمكن ان يتداخل مع العديد من الوظائف وأنشطة الجسم بها في ذلك التوازن والحركة والكلام والتنفس ووظيفة العمود الفقري وتستمر أعراضها فقدان للذاكرة وتغيرات في التفكير وتشمل الأمراض الإنتكاسية مرض الزهايمر مرض باركنسون التصلب اللويحي وغيرها من الإضطرابات ذات صلة.

ومع شيخوخة السكان التي لوحظت في البلدان المتقدمة فإن معدل الإصابة بالأمراض الإنتكاسية العصبية سيزداد خلال العقود المقبلة

1 تعريف الأمراض الإننتكاسية:

هي أمراض يمكن أن تكون ذات أمر وراثي تتميز بتدهور الخلايا العصبية وخلل تدريجي في الجهاز العصبي

تتطور أمراض الإنتكاسية العصبية MNDتدريجيا ويزداد معدل الإصابة بها مع تقدم العمر وتسبب إضطرابات سلوكية ومعرفية وحسية وحركية معيقة وغير قابلة للعلاج مثل فقدان مهارات الحركية، فقدان التوازن، فقدان الذاكرة، وما إذا ذلك وكل هذه العوامل لها تأثير كبير على نوعية حياة المرضي وإستقلاليتهم حيث يتوقف الجهاز العصبي المركزي خلايا المخ... الشوكي عن العمر ويموت في النهاية.

إن عواقب هذه الأمراض خطيرة سواء عند مستوى الصحي أو الإجتماعي والإقتصادي وفي مراحل المتقدمه تؤدي إلى دخول المستشفى أو الإقامة لفترات طويلة في مراكز الرعاية لتكفل بهم بسبب عجزهم.

وبما أن العلاجات لهذه الأمراض الإنتكاسية تكاد أن تكون معدومة فمن المعقول التركيز على الوقاية للحد من عواقبها والمساهمة في الحفاظ على نوعية حياة المصابين بها لأطول فترة ممكنة والواقع أن الوقاية يمكن أن تمثل حلا مثاليا للتحدي الذي تفرضه هذه الظروف.

وعلى سبيل المثال كشفت العديد من الدراسات الوبائية الحديثة عن عدد من عوامل الحذر والحماية التي يمكن أن تؤثر على حدوث الخرف والخرف هو ناتج عن مرض الزهايمر وبالتالي يمكن أن يكون أسلوب الحياة نشط وصحي ومحفز والتحكم الأمثل في بعض العناصر الأولية (فرط الكوليسترول الدم ، إرتفاع ضغط الدم) بمثابة إستراتيجيات و تدخلات التي من المحتمل أن تضع أو تؤخر ظهور الخرف وربما أمراض التنكسية العصبية أخرى وينبغي أيضا إيلاء

إهتمام خاص لمقدمي الرعاية وتجنب للزيادة المستقبلة في إنتشار هذه ... الصحية يجب وضع وسائل اللازمة لمنع إنتشارها

2 أسباب الأمراض الإنتكاسية

الأسباب الرئيسية للأمراض الإنتكاسية هي:

العمر: هذه الأمراض شائعة جدا ما يقرب 5 مليون شخص في فرنسا مصاب بهذا المرض ويزداد إنتشارها بشكل خاص مع تقدم العمر ومرض الزهايمر و بركنسون هما أكثر شيوعا بين الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 80 عام

1.2 الوراثة:

العامل الرئيسي الأخر في حدوث المرض التنكسي يكمن في العوامل الوراثية

2.2 اللينة وأسلوب الحياة:

هناك عوامل أخرى يمكن أن تؤدي إلى ظهور مرض تنكسي أو تسريع ظهوره منها:

- مرتبطة بأسلوب الحياة (إدمان الكحول، التدخين)
- مرتبطة بمشكلة طبية (ورم دماغ)
- مرتبطة بالتعرض للسموم أو مواد كيميائية أو فيروسات

3 أعراض الأمراض الإنتكاسية:

هناك العديد من الأعراض التي يمكن التعرف عليها والتي يمكن ان تظهر في الإضطرابات العقلية المعرفية (الخرف) التي تؤثر على التفكير والعواطف والعلاقات بين الاشخاص حيث يفقد المريض الذاكرة والتفكير تدريجي ويصبحون فاقدين للذاكرة أو مشوشين (**Society of canada, 2011**) وتستمر الأعراض إنخفاض حركات في حالة الراحة و تصلب العضلات حين قد يواجه المريض صعوبة في تنفيذ الحركة وأيضا في إضطرابات ومشاكل في المسالك البولية الإكتئاب والقلق أو صعوبة في البلع أو حد إضطرابات في الذاكرة (**przedbook,2003**)

4 أنواع الأمراض الإنتكاسية:

1.4 مرض الزهايمر:

1.1.4 تعريف مرض الزهايمر :

مرض الزهايمر هو مرض عصبي يظهر من خلال ضمور في الخلايا العصبية للمخ مما يؤدي إلى تراجع مستمر في القدرات المعرفية العقلية والذهنية والذاكرة. وسمي بهذا الاسم نسبة للعالم والطبيب النفسي الألماني" ألويس الزهايمر " الذي اكتشفه سنة1906.

ويعتقد الأطباء أن هذا المرض يصاب به الأشخاص نتيجة حدوث زيادة في إنتاج البروتين في الدماغ مما يؤدي إلى موت الخلايا العصبية، وعادة ما يصاب الأشخاص بمرض الزهايمر بعد بلوغ سن السبعين عاما، وتجدر الإشارة إلى أن هذا المرض ال يصيب جميع الأشخاص عند تقدمهم بالعمر .

كما تعرف المنظمة العالمية للصحة OMS على أنه اختلال تدريجي للذاكرة والعمليات المعرفية، مما ينتج عنه عرقلة للحياة اليومية، وأعراض الزهايمر تظهر منذ ستة أشهر كما يجب أن يصاحبه على الأقل اضطراب في وظيفة

من الوظائف التالية: اللغة، الحساب، الحكم، الأداء، التعرف، (**A,louis. 2021**)

وتعرف الجمعية الأمريكية للطب العقلي 2000 مرض الزهايمر على أنه عرض مخاتل وتدريجي يتميز بفقدان تدريجي للعمليات المعرفية وعلى رأسها اضطرابات الذاكرة المشروطة بمصاحبة نقص في المهارات التالية : اللغة ، البراكسيا، والوظائف التنفيذية. هذا الفقدان يجب ان يكون الفتا مقارنة بالقد ارت السابقة وكافيا لعرقلة النشاطات المهنية و االجتماعية للشخص كما يجب أن اليكون مرتبطا بمرض آخر .

كما يعد مرض الزهايمر أكثر أشكال الخرف شيوعاDémences، و أطلق عليه مصطلح Démence de Type Alzheimer –DTA–ويظهر نتيجة انحلال عصبي دماغي cérébrale dégénérescence-Neuro، فالمصاب بهذا المرض يعاني من نقص في الخلايا العصبية الذي يؤدي إلى ضمور القشرة المخية cérébrale Atrophie و يعد كذلك من الأمراض التطورية الغير قابلة للاسترجاع (Irreversible)، فبتطور المرض يتواصل تقلص الخلايا العصبية حتى يؤثر على وظيفة الدماغ، فيصيب الجزء

المسؤول عن التفكير و الذاكرة و اللغة، و غالبا ما يحدث للأشخاص فوق سن الستين و لكنه يمكن أن يصيب أشخاص في سن الأربعين، لكن بنسبة قليلة وهو ما يسمى بالزهايمر العائلي .

تكمن خطورة مرض الزهايمر في سرعة تطوره ومضاعفاته، حيث تبدأ أعراض النسيان في الظهور بصورة طفيفة وعلى فترات متباعدة، فإما يساء تقديرها أو يتم التغاضي عنها وتمر كواقعة نسيان عادية وذلك بالرغم من وضوحها، ولكن سرعان ما تتطور الأعراض وتزداد خطورة الحالة وتظهر المضاعفات، فمن ثم يستلزم التدخل السريع بالتكفل (**بوعزوني ، 2015 ص11**).

2.1.4 أنواع مرض الزهايمر :

هناك عدة أشكال يأخذها مرض الزهايمر حسب العامل النسبي حيث وضعت هاته التصنيفات على أساس مسبباتها (**voyer Philippe,2005**)

جدول رقم 01: يبين أنواع الخرف

الخرف الانحلالي	الخرف غير انحلالي
1-مرض الزهايمر DTA Démence type Alzheimer 2-الخرف المرتبط بجسم لوي démence a corps de lewy 3- مرض باركينسون de demence infractus unique ou type parkinson 4- مرض كوري هينتينتون choree la multiple de huntinton 5-الحبسة النتامية primaire aphasie progressive	1-خرف وعائي vasculaire demence 2-خرف أحادي الإحتشاء أو démence par متعدد 3- خرف رضوضي أو مرتبط بمرض قحفي demence traumatique 4- خرف بسبب ورم دموي تحت hematome sous الحائية dural 5-خرف بسبب ماء موجود في الرأس تحت ضغط عادي hydrocéphale a pression normale

3.1.4 أسباب المرض:

عند تشريح خاليا المخ لمريض متوفي لاستكشاف أسباب مرض الزهايمر، لوحظ تكون العديد من البروتينات في داخل الخلية العصبية وحولها، حيث يطلق علي أحدها اسم (أمليلويد) والذي يترسب في صورة اللويحات، ويسمى الآخر ببروتين (التاو) الذي يترسب في صورة الحبيكات. وكلاهما يلعب دورا رئيسييا في غلق الاتصال بين الخلايا العصبية للمصاب بمرض الزهايمر. كما إن وجودهما يسبب

تعطيلا للعمليات الحيوية الخاصة بتلك الخلايا، مما ينتج عنه تلفها ومن ثم موتها تدريجيا. ويجب الانتباه إلى وجود عدة عوامل تزيد من فرصة الإصابة به.

لا يعرف السبب في داءُ الزهايمر، ولكن تمارس العوامِل الوراثية دورًا : حوالي 5 إلى 15% من الحالات تسري بين العائلات، وقد يمارس عدد من الشذوذات الجينية المحددة دورا، ويمكن أن تحدث وارثة بعض هذه الشذوذات عندما يكونُ أحد الوالدين فقط لديه الجينة الشاذة، ويعني هذا أن الجينة الشاذة تكون مسيطرة .

يكون لدى الوالد المصاب فرصة بنسبة 50% لتمرير الجينة الشاذة لكل طفل؛ ويصاب نحو نصف هؤلاء الأطفال بداء الزهايمر قبل عمروي 65.

يؤثر أحد الشذوذات الجينية في صميم البروتيني الشحمي، وهو الجزء البروتيني من بروتينات شحمية معَّينة تنقل الكوليسترول عبر مجرى الدم. (Juebin huang, 2016)

4.1.4 مراحل تطور المرض :

يظهر مرض الزهايمر نتيجة لإصابة على مستوى الفص الصدغي، القفوي والجداري، ويظهر على شكل عرض يسمى agnosique-apraxo-aphaso :مع اضطراب التوجيه الزماني والمكاني، ويتطور إلى مرحلة خرف حاد مع مرور الزمن .

الجدول رقم –2 يوضح القدرات المضطربة والأعراض المميزة لها في هذه المرحلة من المرض.

الطور الأول : مرحلة بداية المرض :الوظائف المعرفية	نسيان الأشياء البسيطة . إدراك التغيرات التي تحدث . صعوبة استيعاب المعلومات الجديدة ومتابعة الحوار مع الآخرين. نقص في الانتباه والتركيز . مشكل في التوجيه الزماني والمكاني، والتيهان . اضطرابات لغوية . اضطرابات التعرف البصري.
السلـوك	انفعالية سلبية . قلـق . الخمول وغياب المبادرة وابداء الرأي . اضطرابات ذهنية وهلوسة.
العـاطفـة	اضطرابات عـاطفية . الاكتئاب . الحزن الشـديـد . اضطـرابات في المزاج.
القـدرات الجسدية	إهمـال جسـدي . مشاكل في التغذية وبعض اضطرابات النوم.

الطور الثاني: مرحلة استقرار المرض :

تظهر هذه المرحلة بعد ثالثة إلى أربعة سنوات من تطور المرض. وتظهر على شكل عرض يسمى-agnosique apraxo-aphaso Syndrome فهي إصابة تحمل بعض خصائص حبسة فرنيكي، وتتمثل في اضطرابات الفهم، أخطاء في التسمية والتعيين اضطرابات في البنى النحوية والتركيبية للغة، نقص الكلمة وتعويض كلمة بأخرى

Paraphasie،اضطراب في مجرى الكلام verbale Fluence في هذه المرحلة يكون سليم ولكن صعب التحكم فيهLogorrhée ، نلاحظ أيضا رطانة Jargon فيصبح كالم المصاب غير مفهوم، مما يؤدي إلى نقص تدريجي في الكلام حتى يصل إلى خرس تام .Mutisme كما نلاحظ كذلك في هذه المرحلة ظهور اضطرابات البراكسياApraxie، الأبراكسيا الفكرية الحركية التي تأخذ شكل عدم معرفة استعمال الأشياء، تتبع بأبراكسيا اللبس أي أن المريض لا يتمكن من ارتداء ملابسه لوحده، وهناك حالات ال يتمكن فيها المريض حتى من نزع ثيابه مما يؤدي به إلى فقدان الاستقلالية، كما نلاحظ أبراكسيا بنائية إذ يستحيل على المريض رسم أشكال عندما نطلب منه ذلك.

تشهد هذه المرحلة تدهور كبير للوظائف المعرفية فتصبح صعبة التشخيص نتيجة الإضعاف العقلي، كاضطرابات اللغة وعدم الانتباه والتركيز، ونلاحظ كذلك ظهور اضطرابات القنوزياAgnosie والتي تتمثل خاصة في

الأقنوزيا البصرية كعدم التعرف البصري على الألوان، والأشكال والأجسام وفي بعض الأحيان اضطرابات الصورة الجسدية .

كما تظهر بعض الأعراض العصبية، حيث يعاني المصاب من أزمات الصرع، والانهيار العصبي .

الطور الثالث: المرحلة النهائية للمرض

تظهر هذه المرحلة بعد خمسة إلى سبعة سنوات تقريبا من تطور المرض، وتعتبر مرحلة الخرف الكلي، فتصبح الاضطرابات جد حادة، فالمصاب بالزهايمر يفقد تماما الاستقلالية ويصبح غير واعي، مضطرب وقلق، في هذه المرحلة لا يتمكن المصاب من الاتصال والتفاعل مع الآخرين، فتتدهور حالته الصحية والنفسية وقد تنتهي هذه المرحلة بموت المصاب (**بوعزوني ، ،2415 ص24-27**).

2.4 التصلب العصبي المتعدد التصلب اللويحي

1.2.4 تعريف المرضي للتصلب اللويحي

يعتبر العلماء التصلب اللويحي بأنه مرض مزمن يصيب الجهاز العصبي (الدماغ والنخاع الشويكي) يغلب عليه أنه ذاتي المناعة، حيث يقوم جهاز المناعة في جسم الانسان بإفراز أجسام مضادة، والتي تقوم بمهاجمة الغشاء الميالييني، مما يؤدي الى تدميره وبالتالي يؤثر على النقل العصبي وقد يؤثر على المحور العصبي ولكن حتى الآن لم يتم معرفة هذه الأجسام المناعية.

تعرفها الجمعيات الأوروبية

يعد مرض التصلب المتعدد (MS) أحد أمراض الجهاز العصبي، ويعني ذلك أنه يؤثر على الأعصاب لديك، والأطباء المتخصصون الذين يقومون برعاية مرضى التصلب المتعدد يطلق عليهم أطباء الأعصاب.

لا ينتقل مرض التصلب المتعدد من شخص لأخر، بل تحدث الإصابة عندما يكون هناك قصور في الأداء الوظيفي للجهاز المناعي يعمل الجهاز المناعي على حمايتك من الاصابة بالعدوى ومقاومتها، وفي مرض التصلب المتعدد يهاجم جهازك المناعي الأعصاب عن طريق الخطأ.

هذه الأعصاب تتحكم في الكثير من الأعضاء المختلفة في الجسم وآلية عملها، لهذا السبب إذا كنت مصاب بأمراض التصلب المتعدد فقد تظهر أعراضه في عدة أعضاء من جسمك وقد يؤثر على الكثير من الوظائف التي يؤديها جسمك، لعل هذا هو السبب في كون مرض التصلب المتعدد يتخذ أنماط مختلفة من شخص لآخر . (**Road 2016, p08**).

تعرفه بعض الدراسات العلمية الأجنبية

هو مرض مناعي: هو مرض المناعة الذاتية في الجهاز العصبي المركزي، يهاجم غمد المايلين التي تسبب لويحات تجعل من الصعب نقل نبضات الأعصاب في المناطق الدماغية والعمود الفقري المصاب. (**Demers, 2016, p10**)

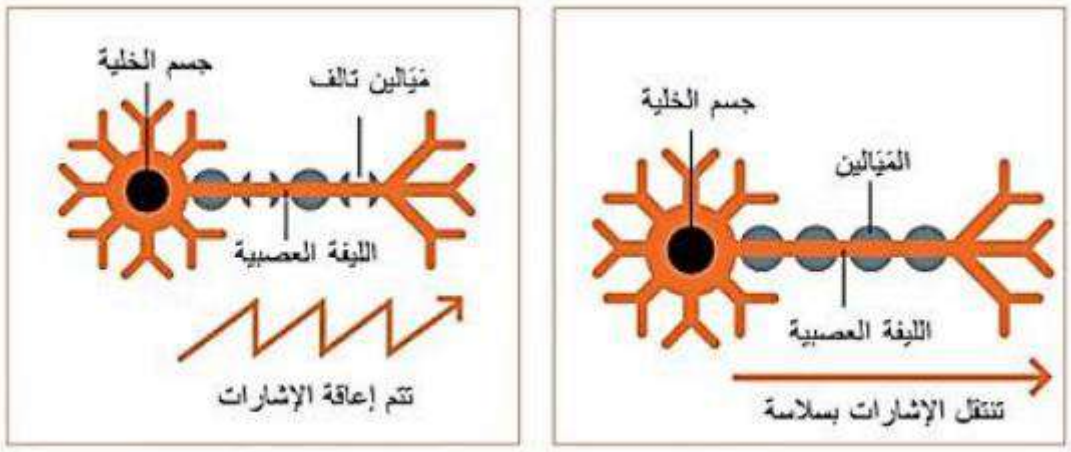
ومن الناحية العلمية المرضية يعرف على أنه تغير انتقال العدوى الذي ينتج عنه يفسر ظهور الأعراض التي وصفها المرضى، تختلف أطراف الأصابع وتعطي اللوحات ويتطور المرض بشكل كبير من فرد للأخر.

النسبة المئوية للحالات هي الشكل الدوري المنقول) (المتنحي) والذي يعتبر بطيئا بسبب ظهور الأعراض العصبية أو الوضوح قد تكون دقة الشكل الدوري بواسطة متلازمة سريرية معزولة، أو حلقة واحدة من الأمراض العصبية التي تشير إلى وجود مرض التصلب المتعدد وفي حوالي 50 بالمئة من هؤلاء المرضى تصبح الحالة مزمنة ويصبح الشكل الدوري ثانويا(**Demers, 2016, p12**)

تبين لنا هذه التعاريف أن التصلب اللويحي هو عبارة عن مرض مزمن ونادر يولده جسم الانسان لأسباب غير معروفة ومجهولة، قد تكون أسبابه عينيا أو وراثية أو بيئية، وقد قدمت هذه التعريف جانبا مهما ومبهما في نفس

الوقت، يوضح لنا المرض وكيفية تدميره لمادة المايلين الموجودة في العصبون ما بعد المشبكي بشكل واضح وبطيء، وحتى يتضح لنا المفهوم أكثر لا بد أن نتطرق إلى كيفية تشكيلة أي الأليات الفيزيولوجية المرضية، وهذا ما سوف نتطرق له فيما يلي.

الآليات الفيزيولوجية المرضية لمرض التصلب:



الشكل 01: الآليات الفيزيولوجية المرضية لمرض التصلب:

دون لانغدون (Dawn Landon) قسم الأمراض العصبية والنفسية زويال هول واي جامعة لندن. المملكة المتحدة، بعد جان مارتن شاركوت (1825-1893) (Jean-Martin Charlot) أول طبيب أمراض عصبية يكون أفكارا واضحة عن الخصائص الاكلينيكية والباتولوجية للتصلب المتعدد، بما في ذلك عن وجه الخصوص تحدث عن الأعراض الادراكية، هناك ضعف شديد بالذاكرة، وبطء في تكوين الأفكار، مع تبلد بالقوى العقلانية والعاطفية بشكل عام، لكن على مدى السنوات المئة التالية ظل الالمام محدودا بالمشاكل الإدراكية في هذا المرض، ومحاولات محدودة لتحديدها أو معالجتها. **(مسمير أوسيلي، 2013، ص4)**

يفسر إزالة الميالين تعطيل غشاء الميالين من المحاور، من خلال تورط الخلايا التائية في الجهاز المناعي، ومن هنا جاءت تسمية المناعة الذاتية.

وهكذا يتعرض الميالين للهجوم من قبل الجهاز المناعي (اللمفاويات التائية والذي يولد تفاعلا التهابيا يتكون من الخلايا اللمفاوية والبلاعم. (Noseworthy et al, Wingerchuk et al. 2000-2001 p22)

إزالة المايلين أو فقدان غمد الميالين جزئي بشكل عام، وهناك الحفاظ النسبي على المحور العصبي، كما يتم تكاثر انتشار الخلايا النجمية (**Lezak, 2004, Wethytal, 2000, p26**)

إزالة الميالين هذه هي التي تجعل انتقال النبضات العصبية أكثر صعوبة، وبالتالي ينتج عن إزالة المايلين هذه لويحات يمكن أن تكون نشطة، سيكون وجود البلاعم هو صفة الآفات النشطة حيث توجد عملية التهابية. توجد بشكل رئيسي في المناطق المحيطة بالإبطين العصب البصري جذع الدماغ المخيخ النخاع الشوكي

(**Eorthy et al, 2000, Chuk et al, 2000 Chuk et al 2001, p 44**)

على الرغم من أن مرض التصلب المتعدد منذ فترة طويلة، يعتبر مرضا فقط يؤثر على المادة البيضاء في الجهاز العصبي المركزي، إلا أن المزيد من الدراسات توثق تأثير المرض على المادة الرمادية حاسما بشكل خاص للنقص المعرفي، الذي لا يمكن لضعف المادة البيضاء وحده تفسيره، هناك عامل حاسم آخر متأصل في الفيزيولوجيا المرضية لهذا المرض. يساعد على شرح مغفلات الذبائح التالية في الواقع، فإن الالتهاب أو الوذمة الناتجة عن العملية يختفي تدريجيا لانفتاح المجال لقنوات الصوديوم وإعادة التنقية، ومع ذلك يمكن أن تؤدي مزمنة المرض أيضا إلى فقدان محور عصبي لا رجعة فيه، وبالتالي الأعراض التي لا تهدأ (**Ceruts et Barkhof, 2008, p67**).

2.2.4 الخصائص المرضية لمرض التصلب اللويحي

- **النموذج الشائع**: 10% من الحالات يتم ملاحظتها من خلال التراكم البطيء للأعراض أو التعديلات دون ملاحظة التوهجات المحددة بوضوح.
- **النموذج الأنذر**: 5% في الحالات هو الشكل التدريجي المتكرر. ويتميز بتفاقم مستمر يمكن أن تحدث فيه الانتكاسات وقد يتبعها أو لا يتبعها مخلفات.

هذا هو أكثر الأمراض العصبية شيوعا عند البالغين حتى الآن يعتقد أن ما يقارب 100000 كندي يتأثرون بمعدل إصابة يقدر بحوالي 1000 حالة جديدة كل عام يختلف معدل الانتشار بين حالة أن لكل 500 شخص وحالة واحدة لكل 1000 شخص حسب المنطقة كندا هي واحدة من البلدان التي يكون فيها هذا المرض أكثر شيوعا، تم توثيق بشكل جيد أن مرض التصلب العصبي المتعدد مدرج بشكل أكبر في بلدان أبعد من أنه يمكن التعرف عليه عند الأطفال أو كبار السن إلا أنه يتم تشخيص مرض التصلب العصبي المتعدد عادة بين السن 15 و 40 سنة،

ومن المعروف أيضا أن هذا المرض يصيب النساء أكثر من الرجال، بنسبة 35 أي أن أسباب المرض غير واضحة، وأن العوامل المساهمة لم يتم العثور عليها لتكون حصرية لبداية المرض.

(**Chuk**. **Lucchinetti**, **et Noseworthy**, **2001**, **p 76–77**)

تصلب اللويحي (أو التصلب المتعدد) يمر بمراحل مختلفة، وهذه هي المراحل الرئيسية لتطور المرض:

- **التصلب المتعدد الخاطف Releasing–Remitting MS**

يتميز بحدوث العديد من الانتكاسات (الهجمات)، حيث:

- ❖ تظهر أعراض جديدة أو تزداد شدة الأعراض الحالية
- ❖ يلي ذلك فترة هدوء حيث يتعافى المريض جزئيًا أو الأعراض كليا من الأغراض
- ❖ هذا هو النمط الأكثر شيوعا لتصلب اللويحي

- **التصلب المتعدد المترقي الثانوي Secondary Progressive MS**

- ❖ يحدث بعد فترة من التصلب المتعدد الخاطف.
- ❖ يتميز بتدهور التقدم المرضي بشكل تدريجي دون فترات هدوء كبيرة
- ❖ قد يستمر هذا النمط لفترة طويلة.

- **التصلب المتعدد المترقي الأولي (Primary Progressive MS)**

- ❖ يتميز بتدهور التقدم المرضي بشكل تدريجي منذ البداية
- ❖ قد لا يكون لدى المريض انتكاسات ملحوظة أو فترات هدوء

- **التصلب اللويحي المتعدد الحميد Benign MS**

- ❖ يتميز بعدم حدوث الكثير من الانتكاسات.
- ❖ حالة حدوث الانتكاس، يتعافى المريض بشكل كامل بعد الانتكاس
- ❖ يمكن أن يصنف التصلب بأنه حميد عند اختفاء الأعراض لمدة تتراوح بين 10–15 عامًا

❖ من الجدير بالذكر أنه لا يوجد علاج نهائي لتصلب اللويحي، ولكن يمكن أن تساعد العلاجات في تحسين الأعراض وتقليل التقدم المرضي

3.2.4 أنواع التصلب اللويحي الرئيسة

للتصلب اللويحي عدة أنواع رئيسة، إليك قائمة بها:

- المتلازمة المعزولة سريريا Clinically isolated syndrome – CIS

تنشأ المتلازمة المعزولة سريريًّا عند ظهور نوبة أعراض التصلب اللويحي للمرة الأولى على المصاب قبل تشخيص إصابته بالمرض، لتلازمه هذه الأعراض مدة لا تقل عن يوم كامل.

قد تترافق هذه الحالة مع ظهور آفات دماغية دالة على الإصابة بالتصلب اللويحي، أو دالة على قرب ظهور الأعراض الكاملة للمرض مستقبلاً. قد لا تشهد حالة المصاب بالمتلازمة المعزولة سريرياً أي تفاقم.

بالنسبة للمرضى الذين تنشأ لديهم هذه الحالة قبل تشخيص إصابتهم بمرض التصلب اللويحي يمكن لعلاج المتلازمة المعزولة سريريًّا مبكرًا أن يساعد على تأخير الظهور الكامل لأعراض مرض التصلب اللويحي لاحقًا.

- التصلب المتعدد المتكرر الانتكاسي

يلاحظ أي تحسن خلال فترة الهدأة، أو يلاحظ تحسنًا طفيفًا فقط خلال الهدأة.

عادة ما تبدأ أعراض هذا النوع بالظهور على المريض في المرحلة العمرية ما بين 20 – 30 عامًا.

- لتصلب المتعدد المتقدم الأولي (Primary progressive MS – PPMS)

مقارنة بالنوع السابق يعد التصلب المتعدد المتقدم الأولي من أنواع التصلب اللويحي الأقل شيوعًا، إذ لا يصيب سوى ما نسبته 5 –15 من المرضى. قد يظهر هذا النوع على مرضى التصلب اللويحي بعد بلوغ عمر 40 عامًا.

وبدلاً من ظهور الأعراض فجأة أو استمرارها بالتناوب بين فترات انتكاس وهدأة يؤدي هذا النوع من المرض عادة لتفاقم الأعراض بوتيرة تدريجية وبطيئة نسبيًّا، لتلازم الأعراض المريض طيلة حياته دون الدخول في أي فترة هدأة أو تحسن.

بسبب الطبيعة المائلة للتفاقم لهذا النوع قد تكون علاجات التصلب اللويحي التقليدية أقل فاعلية في علاج التصلب المتعدد المتقدم الأولي.

- التصلب المتعدد المتقدم الثانوي (Secondary progressive MS – SPMS)

في العديد من الحالات يتطور التصلب المتعدد المتكرر الانتكاسي إلى نوع آخر من المرض وهو التصلب المتعدد المتقدم الثانوي.

ينشأ هذا النوع من أنواع التصلب اللويحي جراء استمرار التلف الحاصل في الخلايا العصبية بالتراكم مع مرور الوقت.

غالبًا ما تزداد أعراض هذا النوع من المرض سوءا تدريجيًّا مع المرور بفترة هدأة جزئية أو دون المرور بأية فترة هدأة، لكن وعلى عكس النوع السابق قد يمر المريض بفترات تزداد خلالها حدة الأعراض بشكل ملحوظ.

يتم تشخيص الإصابة بهذا النوع عندما تلازم أعراض شديدة المريض لمدة تتجاوز 6 أشهر متواصلة دون المرور بفترة هدأة.

إذا لم يخضع المريض المصاب بالتصلب المتعدد المتكرر الانتكاسي للعلاج المناسب قد تتطور حالته ليصاب بالتصلب المتعدد المتقدم الثانوي في غضون 10 سنوات.

خلاصة:

إن شيخوخة السكان أصبحت ظاهرة عالمية ومن المؤكد أن تتزايد الأمراض الإنتكاسية المرتبطة بعمر بشكل كبير ويعتبر مرض الزهايمر وباركنسون هم أكثر شيوعا بين الناس

وإن عواقب هذه الأمراض خطيرة سواء على المستوى الصحي أو الإجتماعي وعلى الإقتصادي وفي مراحل المتقدمة تؤدي إلى دخول المستشفى والإقامة لفترة طويلة.

و بما أن العلاجات لهذه الأمراض الإنتكاسية تكاد تكون معدومة فمن المعقول التركيز على الوقاية للحد من عواقبها و مساهمة في الحفاظ على نوعية حياة المصابين بها لأطول فترة ممكنة.

الفصل الرابع: سيكولوجية المسن

تمهيد

1 تعريف الشيخوخة

2 النظريات المفسرة لمرحلة الشيخوخة

3 التغيرات المميزة لمرحلة الشيخوخة

4 احتياجات المسنين

5 مشكلات الشيخوخة

الخلاصة

تمهيد:

التقدم في العمر يعتبر مرحلة يصل اليها كل فرد تطرأ عليه تغيرات فيكل جوانب حياته، بيولوجيا، اجتماعيا، نفسيا، انها احدى المراحل الطبيعية في دورة الحياة ذات التحولات الطبيعية المستمرة في تقدم السن التي تكون بصورة تدريجية، يكون فيها الضمور العضلي والبطء في الوظائف العامة مما يعرقل الإمكانات التكيفية والتوافقية لهذا املسن – لهذا يمكن أن تكون الشيخوخة وضعية مسببة للشعور بفقدان القيمة والرغبة في عدم الوجود وهنا سنتعرف عل مفهوم مرحلة الشيخوخة، نشأة وتاريخ الاهتمام بدراسة كبار السن والنظريات المنتشرة لهذه المرحلة والمشكلات التي تواجه املسن وخصائص المميزة للمس مع ذكر مظاهر الشيخوخة بالإضافة إلى احتياجات المسنين لتنامي في الخير بها.

1 تعريف الشيخوخة:

هي أحد المراحل الطبيعية في حياة الفرد وتطرأ فيها تغيرات فيزيولوجية، نفسية اجتماعية نتيجة لتقدمه في السن . ويعرفهاhurlock :هي الفترة التي يحدث خلالها ضعف وانهيار في الجسم واضطراب في الوظائف العقلية، ويصبح وسيء التوافق، ومنخفض الدافعية وغير ذلك منً الفرد أقل كفاءة، وليس له دور محدد ومنسحب اجتماعيا المتغيرات (**خليفة،1997 ص 15**).

الشيخوخة مرتبطة بالنمو الشخص ويواجه التقدم بالعمر بخسائر متكررة تؤثر عل كل من الجسد (القدرات الجسدية) على صورة نفسه، موت الآخرين (فقدان زوج أوصديق)، الوظائف المعرفية (تدهور الذاكرة واضطرابات الانتباه)، وهذا ما يجعل الشيخوخة تواجها لخسارة في الكائن وفقدان الوظيفة وفقدان الذات.

1.1 تعريف المسن:

هم الأفراد الذين فقدوا القدرة على رعاية أنفسهم إثر تقدمهم في السن، ويعانون من ضعف في قدراتهم، وهم أشخاص الذين يفوق أعمارهم 60 سنة.

كما أن " آغا كمال " قسم المسنين من حيث العمر إلى أربعة أقسام فمن سن (61 إلى 71) سنة يطلق عليها الكهل وهو الذي مازال يسهم في مجالات الحياة المختلفة بكل نشاط ومن سن 71 إلى 81 سنة يسمى الشيخ وتكون مساهمته في الحياة قد ضعفت ويلزم بيته، أما من بلغ 81 يرقد فيً سنة فأكثر فهي مرحلة الهرم وغالباً يرقد في الفراش وأخيرا المعمر الذي يبلغ 100 سنة فما فوق.

والمسن بصفة عامة هو الذي بدأت كل وظائفه الحيوية في التراجع ونقص إسهاماته في نواحي الحياة المختلفة، حيث يمر المسنين بأزمات مثلهم مثل المراهقين والأطفال.

وتأخذ هذه الأزمات ثلاث أبعاد متمثلة في أزمة الهوية المتجسدة في العالقة مع الذات والقيم ثم أزمة للمرحلة العمرية الحالية في الحياة الاستقلالية المتعلقة بتلبية الاحتياجات ثم أزمة الانتماء أولا للمجتمع وثانيا للمرحلة العمرية في الحياة (**بوغازي،2012، ص 14**)

ومن التعريف السابقة نستنتج أن الشيخوخة هي مرحلة من مراحل العمر، تتميز بتغيرات فيزيولوجية نفسية، جسدية يصبح فيها الفرد أقل قدرة عل أداء وظائفه، ضعيف البنية وكل هذا يؤثر عل حالته النفسية، حيث يصبح قليل الثقة بالنفس منسحب اجتماعيا

وكذلك يعرف المين من خلال التعاريف السابقة أن الكبر سنا من خمس وستين عاماً إلى أخر العمر حيث تصبح نشاطاته في الحياة الاجتماعية أقل مما كانت في سابق عمره وادائه الوظيفي في حين ان لم نقل منعرج يحتاج إلى العون ورعاية الآخرين والاهتمام به في أداء أيسط حاجياته.

2 النظريات المفسرة لمرحلة الشيخوخة:

1.2 نظرية الانسحاب أوفك الارتباط theory desengagment

نظرية قدمها كل من هنري وكمنج Garimg , henry وتقوم عل افتراض مؤداه أن الفراد حينما يصلوا عل مرحلة في الانسحاب من السياق الاجتماعي وتناقص النشطة التي كانوا يقومون بها من الشيخوخة فإنهم يبدؤون تدريجيا في الانسحاب من السياق الاجتماعي وتتناقص الأنشطة التي كانوا يقومون بها من قبل، وذلك نتيجة لنقص عمليات التفاعل بين المسن والآخرين من أفراد المجتمع داخل النسق الاجتماعي الذي ينتمي اليه، ووفق لهذه النظرية فإن التقاعد الجبارين عند سن معين بعد تحديدا من قبل المجتمع للوقت الذي يتوقع من المسنين فيه أن تضعف روابطهم الاجتماعية (**خليفة1997، ص 35**).

2.2 النظرية الشخصية أو النظرية النمائية theory developmentol of personality

ويرى أنصار هذه النظرية أن التوافق مع تقدم في العمر يرتبط بنمط وسمات شخصية الفرد، وينظرون الى التغيرات المصاحبة للتقدم في العمر عل أنها نتيجة للتفاعل بين التغيرات الاجتماعية الخارجية والتغيرات البيولوجية الداخلية ومثل هذه النظرية ينوجارتن neugarten 1968 وآخرون حيث يقدمون أربعة أنماط رئيسية أهمها الشخصيات

المتكاملة التي ضم أشخاصا جدى الداء ،ذوي حياة داخلية مركبة بجانب قدرات معرفية سليمة وهؤلاء الأشخاص متقبلون لحافز الحياة ويحافظون بدرجة مناسبة من السيطرة عليها، وهم مرنون ومنفتحون للمثيرات الجديدة وناضجون أما الشخصيات الغير متكاملة فلديهم عيوب كثيرة تختص بوظائفهم النفسية مثل فقدان السيطرة عل انفعالاتهم وتدهور عمليات التفكير، وحسب هذه النظرية لا يتحتم أن تكون الشخصيات متكاملة بمعنى احتفاظها بأدوارها وعلاقاتها الاجتماعية، فقد لا يحافظون اجتماعيا ولكن لا بد أن يكون لديهم مستوى عال من الرضا عن الحياة **(حاج لكحل، ،2008، ص 56)**

3.2 نظرية التبادل الاجتماعي :theory escechange social

بدأت تلك النظرية بفكرة جديدة قدمها مومانز(1961)humans واعتبر السلوك الاجتماعي وقوام النظرية هو أن التفاعل بين الفراد والهيئات الجماعية يمكن وصفه على أنه محاولات للوصول الى الحد الأقصى من المكافآت وتقليل التكاليف.

وتسعى هذه النظرية الى تفسير التضاؤل الملحوظ في التفاعل الاجتماعي في الحياة اليومية للمسنين في المجتمع الغربي ومع الاعتراف بأن التأثير الكبير المرتبط بالصحة الضعيفة والدخل المحدود، فقد الزوج للزوجة، مسؤولة جزئيا للظاهرة إلا أنه من منظور التبادل يكون التفاؤل في التفاعل الاجتماعي هو نتيجة النهائية لسلسلة من العلاقات التبادلية تواجه فيها السلطة السية للمسنين البيئة الاجتماعية فضائل موارد السلطة حتى لا ينبغي منها إلا القدرة عل الخضوع **(حاج لكحل، 2118، ص 58)**.

من خلال عرضنا للنظريات المفسرة للشيخوخة نلاحظ اختلاف وتباين في طرح كل نظرية اين ركزت كل منها على جانب معين تراها الأنسب والأهم في تفسير مرحلة الشيخوخة وهذا تبعا لتوجهات أصحابها.

3 التغيرات المميزة لمرحلة الشيخوخة

للشيخوخة مجموعة من التغيرات تميزها عن غيرها من مراحل النمو وهذه التغيرات نتيجة لتضافر العوامل السيكولوجية والإجتماعية التي يمر بها الفرد خلال هذه المرحلة، إلا أنه يجب الحذر عند وصف التغييرات لأنها لا تعتبر وليدة مرحلة الشيخوخة بل هي خاضعة لمجموعة من التأثيرات والخبرات التي مر بها المسن عبر حياته بمراحلها العمرية المختلفة ومن بعض وأهم التغييرات نجد:

أولا: التغيرات البيولوجية: إن عملية الشيخوخة تعتبر عملية بيولوجية بالدرجة الأولى ترتبط بالبرنامج الوراثي لكل فرد، ومن ثم فإن التغيرات البيولوجية بما ينتج عنها من تغيرات في الوظائف الفسيولوجية أو الخلوية لها دور أساسي في عملية الشيخوخة، وبالتالي فإن تقييم الأساس البيولوجي للشيخوخة يقدم أساسا هاما من أجل فهم أفضل لعلم الشيخوخة، وسوف يترتب على التطورات علم الأحياء وعلم الأدوية والعقاقير والطب زيادة أعداد المسنين.

إن الشيخوخة والموت كمظهرين للنمو والتكشف هما ظاهرتان طبيعيتان تسيطر عليه وتنظمه عوامل وراثية، وهما صفتان موروثتان ينظمه جزئيات D.N.A في النواه ولكنها مثل الصفقات الوراثية الأخرى تأثيرات بعوامل خارجية فتبطئ سرعتها أو تزيد وفق تأثير البيئة على الجزئيات (**نوال، 2010، ص20**).

ثانيا: التغيرات الفيزيولوجية والعقلية: إن التغيرات الفيزيولوجية مهمة يتعرض لها الفرد مع التقدم في السن على مستوى النشاطات الفيزيولوجية، هذه التغيرات والتبدلات تبعث إلى الشيخوخة معرفية وهذا ما يفسر نقص القدرات المعرفية للمسن حيث التغيرات الفيزيولوجية تؤثر على القوة العضلية والقدرة على التحمل وتضعف العظام، وتتأثر أنسجة المفاصل خاصة عند السيدات، وتتأثر وظائف القلب والأوعية الدموية (***Patrick L, 2005, p 39***)

إن هذه التغيرات مهمة، يتعرض لها الفرد مع التقدم في السن فتقل قدرة المسن على أداء العمل العضلي وتتأثر الوظائف الحسية كالسمع والبصر. بالإضافة إلى التغيرات التي تصيب الجهاز العصبي هناك تغيرات يدركها المسن حيث أن الظهر يتقعر ويتحدب، شعر أشيب، ظهور تجاعيد،... وغيرها.

ولكن التغيرات العقلية تحتل درجة أكبر من التغيرات الفيزيولوجية وذلك لتأثيرها السلبي على حياة المسن وعائلته نظرا لصعوبة التمييز ما هو طبيعي منها وما هو مرضي يستدعي البحث والعلاج ومن هذه التغيرات العقلية ضعف الذاكرة النسيان، ومظاهر تخريف الشيخوخة، كتكرار الحديث ذاته عدة مرات، ونسيان الأبناء والأهل البط في التفكير وتباطؤ القدرة على الابتكار (**سليم، 2002، ص510**)

ثالثا: التغيرات السلوكية الانفعالية: تكون سلوكيات المسنين محكومة بظروف حياتهم عبر السنين وأنماط شخصيتهم وظروف حياتهم الحالية والمسنين أقل مرونة، فمن الصعب عليهم تقبل التغيير في أسلوب الحياة وكما تتميز انفعالاتهم بالعناء وصلابة الرأي الذي يؤدي إلى السلوك المضاد حيث لا يتحكمون في انفعالاتهم التي تعتبر

في جوهرها مزيج من انفعالات الحياة كلها من طفولتها إلى شيخوختها وقد يجدد نوعها وتواتر ظهور بعضها واختفاء البعض الآخر مدى تكييف الفرد لنفسه وتكيفه مع بيئته وما يعتريها من تطور، ومدى تقبل الناس للمسنين ومدى إهمالهم.

رابعا: التغيرات النفسية والإجتماعية: يشكو المسنون من ابتعاد الناس عنهم، مما يجعلهم يعيشون في عزلة قاتلة وتضيق دائرة علاقاتهم بمحيط الأسرة، وفي واقع الأمر أن الناس ينفضون بالفعل من حول المسن لأنه دائم الشكوى، ولا يكف على توجيه النصائح، كما أن الكثير من المسنين لديهم شك زائد فيمن حولهم، ويعتقدون أنهم سوف يسلبون أموالهم وقد يتهمون بذلك في بعض الأحيان. كذلك يلاحظ على بعض المسنين المبالغة في البخل، وإن النتيجة النهائية لكل ذلك هو العزلة التي يعاني منها المسنون مما يؤثر سلبا على حالتهم النفسية والعقلية.

إن الحالة المعنوية أو النفسية أو العاطفية للمسنين إنها في الغالب تتعرض لإضطرابات منها الإحباط والاكتئاب والإجهاد الذهني وعدم القدرة على التفكير السليم، وقد تنتابهم نوبات من القلق، وبعضهم يكون دائم القنوط واليأس التي ترافقهم والحزن على وضعهم الحالي ذلك بالمقارنة بحالة أيام الشباب، كما تنتابهم بعض نوبات القلق والغضب عندما يخفقون في إنجاز بعض الأعمال البسيطة، كما يقومون بمقارنة قدراتهم بحال من هم أصغر منهم سنا ولا يقوى على منافستهم وهنا يتمنى المسن العودة إلى الشباب. **(سليم، 2002، ص505)**

4 احتياجات المسنين:

ان احتياجات المسنين تعتبر ضرورات فردية ناجمة عن الخصائص البيولوجية والنفسية لهم وتنقسم الى ما يلي:

الاحتياجات الاقتصادية: تتمثل حاجياته الاقتصادية في الحاجة الى نظام يكفل له الأمن الاقتصادي والحصول عل دخل مناسب يتماشى مع الزيادة في أسعار السلع والخدمات والحاجة الى وضع نظام يكفل اشتراك المسنين في عمليات التنمية والاستفادة بخبراتهم في مجال تخصصاتهم مع إمكانية تدريبهم على العمال التي تناسب امكانياتهم وقدراتهم الجسمية والعقلية.

فانخفاض دخل المسن ينتج عن الإحالة للتقاعد عند بلوغ السن النظامية وهذا يؤدي الى عدم تلبية العديد الحاجيات وخاصة أمراض الشيخوخة مع زيارة الطبيب وشراء الأدوية وبعض الدول تقوم بتعديل معاشات الأفراد المتقاعدين لمواجهة هذه التغيرات الاقتصادية ومنه فإن المسنين بحاجة الى زيادة مواردهم المالية وهو ما يتطلب تدخل الحكومة وإصدار التشريعات المختلفة التي تحفظ لهؤلاء الأفراد ضمان معيشتهم (المظلوم، 2017، ص 33-34)

الاحتياجات النفسية :المسن بحاجة الى أن يشعر بثقة بنفسه ومساعدته على مواجهة صعوباته وأنه باستطاعته ان يتحمل مسؤوليته. حاجة املسن الى الشعور بالأمن والسلام فإذا كان محيطه الذي يعيش فيه متقبلا له ويوفر له الخدمات التي تلزمه فسيتحرر من خوفه وقلقه على مستقبله ويقبل عل الحياة.

حاجة المسن الى الاستقرار العاطفي، حيث أنه يكون في حالة من الجمود العاطفي بسبب انعزاله عن المجتمع فهو بحاجة للشعور بالحنان والحب.

حيث نجد أن التقدم في السن قد تصاحبه التغيرات نفسية تتصف بنقص الكفاءة الوظيفية وعدم التحكم في الانفعالات كالميل الى العناد والاكتئاب والاعتمادية عل الآخرين للإحساس بالعجز والشعور بالقلق والكآبة والشعور بالشك واالضطراب، وهذا كله راجع الى إحساس المسنين.

5 مشكلات الشيخوخة

بدخول الفرد مرحلة الكبر السن تبدأ كثير من الوظائف العضوية في التأثر سببا فيزداد ضغط الدم ارتفاعا ، و تضعف الرئتان عن التحمل ، كما تكشف أجهزة الرسم الكهربائي EEG للمسنين عن تأثر النشاط الكهربائي في المخ ، فيقل تآزر الوظائف الحسية و الحركية ، ويصبح الهبوط في الطاقة الجنسية ملحوظا و ما يقال عن الوظائف الجسمية يقال عن الوظائف العقلية و الجوانب الوحدانية من التطور في هذه المرحلة و من ثم سنعرض فيمايلي بعض مشكلات المسنين المرتبطة بالتقدم في السن :

1.5 المشكلات الصحية:

إذا كانت مرحلة كبر السن من الناحية الجسمية تمثل حالة من الاضمحلال الذي يعترى القدرات الجسمية ، و تدهورا في قدرة أجهزة و أعضاء الجسم على القيام بوظائفها ، فأنه نتيجة لذلك قد يصاب الجسم بالضعف و عدم القدرة على مقاومة الأمراض التي قد تلازم التقدم في العمر و التي تسميها غالبا بالأمراض الشيخوخة (**هدى محمد، 1981، صفحة 119**).

ويعاني المسنون من أمراض خاصة تنتشر بينهم، وينبغي أن يكون جميع من يتولون شئونهم ويقدمون الرعاية لهم على وعي يتلك الأمراض.

فنجد المسن عرضة لإصابة بالأعراض خاصة بالقلب و الجهاز الدوري ، أن الأمراض التي تصيب الشرايين مسؤولة عن أحداث أمراض للمسنين تفوق كافة الأمراض و العلل مجتمعة ، و ينتج عن التصلب الشرايين قصور الدورة الدموية التي تظهر كذبحة الصدرية و آلام الصدر و الكشف و العنق عند بذل المجهود و تنتاب المسنين أيضا الأمراض القلب (**محمد سيد، 2012، الصفحات 67-69**)

ولا يصاب المسن بمرض محدد بل هو مرض لعدة أمراض دفعة واحدة ومن أسبابها إهمال المسنين وعدم الكشف الطبي الدوري خوفا من التوقع الإصابة بأمراض مزمنة غير متوقعة وعدم معرفتهم ودرايتهم مع أسرهم بأمراض الشيخوخة وكيفية الوقاية منها بالإضافة إلى عدم قدرتهم على التحمل نفقات العلاج مما يفاقم من وضعيتهم الصحية، وأيضا نجد من أمراض أكثر انتشار عند المسنين، ضعف البصر، قلة النوم، الإصابة بالإعاقة السمعية، انخفاض بالنشاط العقلي، المتمثل في التذكر والتخيل والإدراك (**ابراهيم، 1997، صفحة 143**)

ارتفاع نسبة الإصابة بالأورام الخيبة من المسنين وسوء التغذية مع عدم اتزانها وأوضحت كثير من الدراسات أن تبين المشكلات الصحية، أمراض القلب والانحدار في القدرة البدنية والقدرة العقلية خاصة الذين يعيشون في بيوت العجزة (**عصام عبد اللطيف، 1999، صفحة 288**)

2.5 المشكلات النفسية

- القلق : تحتل مشكلة القلق ، الترتيب الأول في المشكلات النفسية و من بين الدراسات ذلك دراسة فوزي (1982) بأن القلق سمة مميزة لمرحلة الشيخوخة و تنتج من أربعة مصادر هي ، قلق الصحة ، قلق التقاعد ، قلق الانفعال و إحساس بالوحدة و الفراغ ، قلق من المجهول و الموت ، ان سمة القلق لدى المسنين تؤثر في جميع النواحي حياتهم حتى ان بعضهم يلجأ إلى العزلة و الاكتئاب و انتظار الموت ، ويفضل الكثيرون من كبار السن أن يعيشوا بمفردهم على العيش إلى الآخرين ، كما لا يريدون الإحساس بالعجز أو الشعور بأنهم عالة على غيرهم (**الكفيلي، 2004، صفحة 269**).

- الاكتئاب : يمثل الاكتئاب حالة انفعالية يشعر بها الفرد بالحزن و فقدان السعادة و الانسحاب الاجتماعي على فقدان الأمن و الإحساس بعدم القيمة و فقدان الأمل في المستقبل ، هذا بالإضافة إلى عدم القدرة على الانجاز و زيادة الحساسية الانفعالية و الشعور بالوحدة النفسية و الإحساس بالذنب نحو الذات والآخرين ، كما يتميز بوجود بعض الأعراض و الاضطرابات الشهية و الشعور الإجهاد و نقصان الوزن (**مبروك، 2002، صفحة 158**).

بالنسبة للعلاقة بين الاكتئاب والتقدم في العمر، وجدت معدلات انتشار مرعبة الاكتئاب لدى المسنين من المقيمين في المجتمع الأمريكي تتراوح ما بين 10% إلى 45% وبعد الاكتئاب من أكثر الاضطرابات حدوث بين المسنين، وأكدت الدراسات أن نسبة المسنين بين المتواجدين بمركز العجزة تبلغ 30% ويتميز المسن داخل دار العجزة باضطرابات في النوم والاغتراب. (**جولتان حجازي ، عاطف أوغامي، 2002، صفحة 118**).

– الشعور بالوحدة النفسية: يمثل الشعور بالوحدة النفسية إحدى المشكلات المعبرة عن الناتج عن عدم الرضا بالعلاقات الاجتماعية القليلة و الغير مشبعة، وتعد مشكلة من المشكلات الشائعة لدى الكبار السن ، فالإحساس بالاكتئاب أو العزلة الاجتماعية و الافتقار إلى الآخرين ، ربما يكون البداية بالنسبة لكثير من الاضطرابات كظهور أعراض الاكتئاب مما يؤدي إلى زيادة شعور المسن بعدم القدرة على التوافق ، و يرى الكثير من المسنين و الباحثين بالمجال كبار السن وجود علاقة الارتباطية بين الوحدة والاكتئاب ، فالأشخاص مرتفعة الشعور بالوحدة النفسية أكثر تميزا للأعراض الاكتئابية و النفسية (**مبروك، 2002، صفحة 192**)

وكادت العديد من الدراسات التي تناولت المشاكل التي يعاني منها المسنون ومن بينها الدراسة التي قامت بها (**سهام حسن راشد، 1995، صفحة 152**)

من المسنين يقيمون في البيوت العجزة بمدينة الإسكندرية بمصر توصلت النتائج إلى الوجود علاقة موجبة دالة بين الاضطرابات النفسية كالقلق الفوبيا الوسواس والاكتئاب، وتوصلت إلى أن المرض الجسمي والوحدة والعزلة الاجتماعية وقلة النشاط هي العوامل التي تساعد على ظهور التغيرات المصاحبة لكبر السن، وخلصت إلى أن الاكتئاب هو المسيطر على كل الاضطرابات النسبة الأخرى. (**عبد اللطيف، 1999، صفحة 288**)

– مشكلة الاغتراب النفسي: تتموقع مشكلة الاغتراب النفسي في الترتيب الرابع بين المشكلات لدى المسنين حيث يؤكد (ابراهيم ،1997، الصفحات 160–164) على أن المشكلة تجسد لدى المسن في شعوره بالغربة في مجتمعه و أسرته و بين دويه مما يؤدي به إلى العزلة و الانسحاب من المجتمع، ومن مظاهر الاغتراب النفسي، اللامعيارية والعزلة وفقدان السيطرة والشعور بالعجز.

– عته الشيخوخة: وهو تدهور خطير يصيب القدرات العقلية يؤدي إلى خلل في الذاكرة، وعدم القدرة على التصرف السليم أو الأداء الوظائف الاجتماعية، ومن مظاهر حالة عته التي تبدأ في الظهور تدريجيا لدى المسنين فقدان القدرة على التركيز، ثم ضعف الذاكرة والنسيان خصوصا الأحداث القريبة في البداية ثم نسيان حتى أسما ،

الأهل والأقارب كما يتحول المسن إلى إنسان تائه لا يخلد للراحة ، و يهمل نظافة جسده و ثيابه و عدم القدرة على الكلام وضعف الحركة ما يتسبب في حالة من العجز و الإعاقة البدنية و العقلية (**مريم سليم 2002، الصفحات 514-515**).

- هذيان الشيخوخة: هو حالة من اضطراب الوعي تجعل المريض غير قادر على مواصلة الانتباه لكل ما يجري حوله بنفس الاهتمام أو التأثر كما يصاحب ذلك نوع من اضطراب الإدراك مما يجعل المريض يخطئ في فهم مدلولات ما يجري حوله ويحول ذلك إلى هلاوس (**الميلادي، 2002، الصفحات 28-29**)

3.5 المشكلات الاجتماعية:

تتسم مرحلة التقدم في العمر يتقلص كل من منظومة المكانة الاجتماعية للمسن بفقد أحد أو بعض مكوناتها الاجتماعية كفقده لدوره المهني نتيجة للتقاعد الإجباري أو فقده لدوره كشريك حياة نتيجة للترمل أو فقده لمكانة الصديق، ويؤدي إلى كل هذا إلى فقدانه للأمن الاجتماعي الذي يؤدي بدوره إلى ضيف مصادر الاتصال بالمجتمع وإلى التدهور في المشاركة الاجتماعية لديه، وهذه المظاهر الجديدة في حياة المسن قد تساعد على حدوث تغييرات صحية ونفسية (**سيد يوسف، 2005، صفحة 32**)

فأفراد الأسرة ينظرون إلى الشيخ باعتبار أنه الإنسان الذي تقضي به الأيام القليلة أو الكثيرة القادمة إلى الموت، فهو في الانحطاط وليس الارتفاع في تقهقر لا في تقدم، وفي انتحاء إلى الضريح وليس في صرح الحياة مفحم بالحياة والحيوية، لذا فمن الخسارة أن تقدم المسن التضحية، إن هذا لافتقار إلى الحياة الاجتماعية تملأ عليه مشاعر الاجتماعية إنما يضربه بالوحشة ويثير لديه نوعا من القلق على أمنه وسلامته (**مخائيل أسعد، 2000، الصفحات 88-92**)

فهذا النوع من المشكلات يعتبر من أكثر المشكلات تأثيرا على المسنين وأوضحت دراسة سيمون وآخرون Seeman ،(2001)، إن البيئة الاجتماعية دورا مهما في حماية كبار السن ضد تدهور المعرفي.

المشكلات الاقتصادية أن قلة الحوار الحالية بسبب الإحالة على التقاعد وغيرها من المشاكل الاقتصادية، تؤثر على القدرة المسن في أن يحيا حياة مشبعة بالدرجة الكافية، أكثر مما يؤثر عليه كبر السن (**سمير كامل أحمد، 1982، صفحة 219**)

إلى ظهورا عباد مادية جديدة كمصاريف العلاج والدواء والنفاق على ضروريات الحياة اليومية.

ففي دراسة بنكويوت و سورنس Penquart and serensen2000 تبين أن الحالة الاقتصادية والاجتماعية ترتبط ايجابيا بسواء النفسي المقدرة ذاتيا عند الكبار السن و ان الدخل يرتبط بالتوازن النفسي بصورة تفوق الحالة التعليمة.

و في دراسة أخرى (ونج و الآخرون ، 2005) تبين أن الوضع الحالي يؤثر على التفاعل عن الحياة لدى المسنين، كما أظهرت دراسة ذيب 1994 أن العدل يؤثر على التوافق النفسي و الرضا عن الحياة للمسنين فالمسن العامل بعد سن التقاعد أكثر توافق و رضا عن الحياة من الحسن الغير العامل بعد سن التقاعد. (**ونج والآخرون، 2005**)

4.5 المشكلات الترفيهية

يعاني المسنون من وجود وقت الفراغ كبير يعجزون عن استثماره لا سيما في حالة عدم وجود الأماكن التي يفضون فيها الوقت فراغهم وعدم ملائمة البرامج التلفزيونية والاذاعية، حيث يمضي الكثير منهم وقته في مشاهدة التلفاز أو الاستمتاع إلى الراديو وهي نشاطات سلبية لا تستدعي الحركة من المسن (**ابراهيم، 1997، صفحة 153**).

خلاصة:

نتوصل في الأخير إلى أن المسن في هذه المرحلة يحتاج من الكثير من الرعاية والعناية والاهتمام به من كل النواحي، فهو ضروري للحفاظ على تماسك المجتمع وترابطه، كما أن الإسلام يحث على احترام المسنين وخاصة الولدين، كما ذكر في الآية الكريمة: قال تعالى: " وَقُل رَّبِّ ارْحَمْهُمَا كَمَا رَبَّيَانِي صَغِيرًا " (24) (**الإسراء، آية 24**).

الفصل الخامس: إجراءات تطبيق الدراسة الميدانية

تمهيد

1 الدراسة الإستطلاعية

2 أهداف الدراسة الإستطلاعية

3 خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية

4 منهج الدراسة

5 حالات الدراسة

6 مجالات الدراسة

7 أدوات الدراسة

خلاصة

تمهيد

تتوقف سلامة نتائج الدراسة على عدد من المبادئ والأسس العلمية التي يجب أن تأخذ بعين الإعتبار في جميع مراحل الإجراءات التطبيق، وعليه يأتي هذا الفصل الميداني إستكمالا للدراسة النظرية التي حاولنا من خلالها التعرف على الأمراض الانتكاسية ومستوى الإدراك الإجتماعي لدى المسن السليم والمسن المصاب بالمرض الإنتكاسي.

1 الدراسة الإستطلاعية:

مما لا شك فيه أن كل بحث ميداني يجب أن يكون مسوق دراسته إستطلاعية لمعرفة واقعه وتفاصيله وتهيئة المناخ الوجداني لتطبيق وإعداد ما يلزم من موارد والوسائل الإمبريقية وذلك من أجل تطبيق الدراسة الأساسية في أفضل صورة.

2 أهداف الدراسة الإستطلاعية:

تهدف الدراسة الإستطلاعية في الأساس إلى تحفيز للدراسة الميدانية الأساسية من المجتمع الأصلي:

- ❖ كان هدفنا من الدراسة الإستطلاعية التقرب من مجتمع الدراسة
- ❖ معرفة حجم المجتمع الأصلي الذي تستهدفه دراستنا المسنين فوق 60 سنة
- ❖ التحقق من عينة الدراسة المتكونة من أربع أشخاص 2نساء و2 رجال بما فيهم إمرأة معاقة
- ❖ التعرف على الظروف المرافقة لعملية التطبيق من أجل التعامل معها

3 خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية

تم التقرب من مجتمع الدراسة المكون من حوالي 30 مقيما من المسننين، وقد وقع اختيارنا على مجموعة بحثية مكونة من:

16 ذكور مصابين بأمراض (الفصام، السكري، ارتفاع ضغط الدم ...)

14 أنثى منهم الأصحاء ومنهم المرضى بأمراض مختلفة (أمراض عقلية، الإعاقة الحركية وذهنية ...)

وقد ساعدنا التقرب من هؤلاء الحالات من أجل البحث عن العينة المناسبة لدراستنا الأساسية، والتي كان يجب أ، تتوفر فيها الشروط اللازمة.

4 منهج الدراسة:

أي تحديد الطريق الذي يسلكه الباحث في معالجة موضوع البحث هل هو تجريبي وهو تاريخي ....

وتشير كلمة منهج البحث إلى الخطوات التطبيقية التي يتبعها الباحث لدراسة مشكلة معينة فأي دراسة علمية تتخذ العمليات العقلية في دهن الباحث ترتيبا وتنظيما متكاملا يوجه خطواته التطبيقية **(بن صغير، 2017، ص 14)**

أما في دراستنا هذه فقد إتبعنا المنهج الإكليلي الذي يعرف على أنه الدراسة المعمقة لحالة فردية في بيئتها يعني في ضوء المجتمع الذي تنتمي إليه وهي ليس حالة معلقة بين السماء والأرض بل هي منتمية للكل الذي تتصل به ويقوم فيه الباحث بوصف التفاعل بين هذه المتغيرات بغض النظر على أنها تؤثر على الآخرين وهذا المنهج يقوم بتحديد طرق العلاج. **(رحمانية، 2017، صفحه 69)**

5 حالات الدراسة:

تكونت الدراسة الأساسية من أربع حالات عيادية مقيمين في دار العجزة وقد إستوفت كل المعايير المنهجية التي تحتاجها الدراسة وقد تم إختيار العينة وفقا لمجموعة من الشروط وخصائص التي تخدم الدراسة وتتمثل في:

- إختيار المسنين العاديين والأصحاء
- إختيار المسلمين المصابين بالأمراض الإنتكاسية
- مراعاة متغير الدراسة المرتبط بالسن فوق 60 سنة

6 خصائص العينة الأساسية

تم اختيار عينة الدراسة الأساسية بطريقة قصدية، حيث توفرت فيها الخصائص التالية:

الجدول 03: خصائص حالات الدراسة

الحالة	الجنس	السن	الحالة الصحية

س	أنثى	62	سليمة
ع	أنثى	61	مصابة بالتصلب اللويحي
د	ذكر	72	سليم
ب	ذكر	75	مصاب بالزهايمر

7 حدود الدراسة:

تمت الدراسة الإستطلاعية في دار العجزة تم إختياره بطريقة ملائمة ومناسبة للحالات المراد تطبيق المقياس معها والإجراءات المناسبة بعد تعرفنا على المكان جيدا:

المجال البشري: هم أفراد مسنين من كلا الجنسين يتجاوز سنهم 60 سنة

المجال الزماني: تم إجراء الدراسة من 22 فيفري إلى غاية 08 أفريل.

المجال المكاني: دار الأشخاص المسنين بحي مولاي مصطفى بعين تموشنت.

8 أدوات الدراسة:

1.8 المقابلة العيادية النصف موجهة:

تعد المقابلة الإكلينيكية نص موجهة من الأدوات الأساسية الأكثر شيوعا في جمع المعلومات إذ يستخدمها الباحث الإكلينيكي للإتصال بالمفحوص والتعرف بأنها: لقاء بين الباحث والمبحوث أو بين شخصين، حيث تكون الأسئلة غير مفتوحة بالكامل ولا مغلقة تماما، ويعد الباحث هذه الأسئلة حيث تكون موجهة ومفتوحة نسبيا ويجيب عليها المفحوص بحرية، لكنه ليس بالضرورة أن يجيب على جميع الأسئلة في الترتيب الذي أعده الباحث في صياغة الأسئلة، وهي المقابلة التي تعطي فيها الحرية للباحث بطرح السؤال بصيغة أخرى ويطلب من المبحوث مزيدا من التوضيح **(حمو علي، 2012، ص 141)**

وقد إعتمدناها في هذه الدراسة كأداة أساسية لأنها تعتبر الأداة الأكثر ملائمة لموضوعنا كما أنها تتسم بالخصوصية وتساعد في جمع أكبر قدر من المعلومات حول حياة المسن اليومية وكيف يقضي وقته. إضافة إلى أنها فرصة للتكلم والتعبير بكل حرية وإستقلالية كذلك تساعد المفاحص في فهم الحالة وكيفية التعامل معها حيث تم تصميم مقابلتنا

بناء على ثلاث محاور أساسية هما محور البيانات الأولية التي يحتوي على المعلومات الشخصية للحالة ومحور الإدراك الإجتماعي التي تطرقنا به إلى العلاقات الإجتماعية للمسنين وكيفية تسييرها، إضافة إلى محور الأمراض الإنتكاسية وتأثيرها على صحة المسنين، كل هذا من أجل الكشف عن إختلاف مستوى الإدراك الإجتماعي لدى الحالات.

2.8 الملاحظة:

حسب بيدينيلي وشحراوي وبينوني سنة 2003 هي المشاهدة العلمية والمقصودة من أجل الحصول على ظواهر سلوكية دالة بمقتضى مكانتها في ديناميكية الفرد وتاريخه ومعاشه، وعليه فإن الملاحظة العيادية لا تنطبق حصريا على الحالات المرضية فقط ولا في التكفلات النفسية ذات الطابع التحليلي لإلتماس الواقع النفسي للفرد، لكن تستهدف مجموعة السلوكيات النمطية والغير اللفظية والتفاعلات الداخلية والخارجية، وهنا بالأخص يمكننا التحدث عن الملاحظة العيادية النبوية والتي تكون أكثر فاعلية من الملاحظة العيادية العلائقية والتي تركز على الحواس على ما يلاحظ بإستثناء أساس على فردانية أشخاص وبمساهمة الأخصائي تبقى الإشارة، إلى أن الإختيار بين هاتين الملاحظتين يرجع إلى موضوع الملاحظة وعلاقته بالبناء المعرفي **(تكوك، 2014، ص 130)**

إخترنا الملاحظة العيادية لأن من خلالها يستطيع الملاحظ الإكلينيكي مشاهدة سلوك الحالة كما يحدث في الواقع مثلا ردة فعل الحالة هل كانت هادئة، غامضة، متألمة، تبكي بشدة، كما أنها تسمح للملاحظ الإكلينيكي من تناول جوانب متعددة من شخصية المسن كالمظهر الخارجي وأسلوب الحوار، وبالتالي سيتمكن من الكشف عن مظاهر الإدراك الإجتماعي ومدى شدته لدى الحالة، والجدير بالذكر أن أداة الملاحظة تستخدم أثناء المقابلة، فهم أداتين متلازمتين وهذا ما يساعد في ربط هذه المظاهر بدلالتها السيكولوجية.

3.8 مقياس الإدراك الإجتماعي:

يعد بحثنا المتكرر وصعوبة إيجاد المقياس خاص بفئة المسنين وجدنا أنه الأنسب لقياس مستوى الإدراك الاجتماعي.

1.3.8 وصف المقياس:

قام بإعداد المقياس" رانا رفعت شوكت، 2013" وقد قامت الباحثة بناء على مقياس الإدراك الإجتماعي وذلك من خلال إطلاعها على الأدبيات والدراسات السابقة وقد حصلت الباحثة على 16 فقرة ضمنت بدائل الإجابة تنطبق على الكثير تنطبق على أحيانا تنطبق على قليلا تعطى عند التصحيح الدرجات (3، 2، 1) للفقرات الإيجابية والعكس في الفقرات السلبية.

2.3.8 معايير التصنيف:

16-1: إدراك إجتماعي ضعيف؛

17-32: إدراك إجتماعي متوسط؛

33-48: إدراك إجتماعي جيد.

3.3.8 الخصائص السيكومترية:

الصدق:

إعتدمت **رنا رفعت شوكت،2013** في المقياس على صدق الإتساق الداخلي والذي يقصد به أوما يمكن تسميته بصدق الدراسة هو أن تؤدي وتقيس أسئلة الإستبيان ما تم وضعه لقياسه فعلا ويقصد به وضوح الإستبيان ومفرداته وفقرات الاستبيان ومفهومه لأفراد العينة الدراسة الذين سوف يشملهم الإستبيان وبالتالي كان المقياس صادق 0.83 وهذا يؤكد مدى التجانس وقوة الإتساق الداخلي للمقياس الصدق التكوين في قياس الإدراك الاجتماعي.

الثبات:

قامت الباحثة **رنا رفعت شوكت** بحساب مقياس الإدراك الإجتماعي بحساب معامل الفاكروميخ 0.89 وهو معامل ثبات مرتفع وهذا بمثابة مؤشر دال على ثبات المقياس مما يجعله صالح لتطبيقه في دراستنا الأساسية.

خلاصة:

إنتهينا في هذا الفصل إلى ضبط الجوانب المنهجية والتطبيقية للعمل الميداني بداية الدراسة الإستطلاعية التي ضبطنا فيها الإطار المكاني والزماني للدراسة الحالية وصولا إلى تحديد وتصميم وإختيار الأدوات المناسبة لدراسة الموضوع المتمثلة في الملاحظة العيادية والمقابلة العيادية نصف الموجهة وكذلك مقياس الإدراك الإجتماعي تمهيدا للدخول في عرض ومناقشة النتائج التي تم التوصل إليها.

الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة

1 عرض وتحليل نتائج الدراسة:

1.1 عرض نتائج الحالة الأولى:

الحالة إمرأة مسنة تبلغ من عمر 76 سنة مطلقة لديها 2 إخوة بنات وأخ واحد والديها متوفيان الأب كان فلاح والأم ربة بيت كانت تعمل الحالة "س" في مجال الخياطة حيث كان مستوى الإقتصادي جيد تقيم في دار العجزة لمدة ثلاث سنوات وكان سبب دخولها المركز هو الأوضاع الصعبة التي مرت بها الحالة وعدم وجود مكان تعيش فيه وتحظى فيه بالرعاية لم تكن الحالة تعاني من أي أمراض سابقة لكن مع كبر السن أصيبت بضغط الدم.

جدول04: عرض المقابلات للحالة الأولى

رقم المقابلة	مكان المقابلة	مدة المقابلة	الهدف من المقابلة
01	**در العجزة بعين تموشنت**	**45 دقيقة**	**جمع البيانات الأولية**
02	**در العجزة بعين تموشنت**	**45 دقيقة**	**حياتها قبل دخولها لدار العجزة**
03	**در العجزة بعين تموشنت**	**30 دقيقة**	**حياتها الاجتماعية داخل دار العجزة**
04	**در العجزة بعين تموشنت**	**39 دقيقة**	**تطبيق المقياس**

ملخص المقابلة:

قبل بدء بإجراء المقابلات العيادية تم توضح للمفحوصة" س" الهدف من إجراء هذه المقابلات وعرفنا عن أنفسنا فوافقت و إستقبلتنا المفحوصة بكل أريحي ورحابة صدر وسرور.

قمنا بإجراء ثلاثى مقابلات عيادية ومقابلتين لغرض تطبيق المقاييس لم نجد صعوبة في التواصل معها وتميز هندامها بالنظافة والترتيب والأناقة وكانت هادئة أثناء الحوار وتتناقش معنا حول أسئلتنا وتطلب توضيح لأجل أن تجيب بدقة.

تقضي الحالة وقت فراغها أمام التلفاز تشاهد الأفلام أو الأخبار أو جالسة مع بعض صديقات داخل المركز حيث قالت:" **علاقتي بهم مليحا رحمة ربي ما كان حتى مشكل بيناتنا**" تزوجت المفحوصة "س" في سن صغير بإبن عمها الذي يكبرها السن وتسكن مع عائلة زوجها في بيت واحد وكانت بينهم مشاكل عائلية وبعد عامين زواج أنجبت طفلة لكنها تطلقت بعد ذلك وبعد مدة قصيرة من طلاقها توفيت إبنتها الوحيدة وعند تذكرها إبنتها شعرت

بالحزن وتأنيب الضمير تجاهها وقالت مع علامات حزن في وجهها "**ندمت اللي خليتها لهم بنتي لو كان غيرديتها معايا بصح مكتوب ربي والحمد لله**" وكانت المفحوصة تعيش في بيت والدها بعد طلاقها وبفترة وجيزة أعادة الزواج حسب قولها كان زواج سعيد وكانت مع زوجها لسنوات طويلة ولم تنجب أطفال وهذا ما جعل بقاءها في بيت زوجها بعد وفاته صعب ومما زاد الأمر صعوبة هو عدم إستطاعتها للرجوع إلى بيت أهلها بسبب وفاتهم وبيع البيت الذي كانوا يسكنون فيه لتجد مفحوصه نفسها وحدها دون مأوى ولم تتلقى الحالة أي مساعدة من إخوتها لكنها عند تذكرها لهم تشعر بإشتياق وحنين وتتعاطف معهم لظروف معيشتهم حيث قالت "حسن عونهم كل واحد راه لاهي في روحه وانا راني مراكبيرة نغبنهم باطل "حيث توجهت الحالة إلى دار العجزة وبقية هناك لأنها تحتاج إلى رعاية خاصة ورعاية صحية بسبب إصابتها بمرض ضغط الدم.

ومن خلال المقابلة الثانية تحدثت لنا المفحوصة"س" عن الحياة داخل المركز حيث قالت أنها تتلقى معاملة جيدة من طرف العاملين و المشرفين.

فهي لا تشعر بالوحدة والقلق والكآبة داخل المركز كونها تملك بعض الصديقات يتبادلون فيما بينهم الحب والتعاطف والاحترام حيث قالت: "**احنا قاع كيف كيف نقول خير لبعضياتنا**" فالحالة داخل المركز تشعر وكأنها في بيتها ولا تحس بأنها غريبة عنهم حسب قولها: "**هذه راها كداري وهذو احنا عائلة فيما بيناتنا**" ثم اضافت "**الحمد لله يا ربي على هذه النعمة**" وبالنسبة للمستقبل فهي متفائلة وحسب قولها "**اني متفائلة حجة ولا عمرة إن شاء الله**" كما انها تتميز يوازع ديني قوي فهي من حفاظ القران الكريم وتجيد عند سؤالها عن شعورها بالوحدة والفراغ ب: "**الواحد في كل حاجه لازم يتوجه لربي**" واضافت "**كي نقعد وحدين نقرا قران**"

الحالة لم تكن تعاني من أي أمراض سابقة إلا أنها وبعد كبر السن أصيبت بمرض ضغط الدم وتتناول أدوية.

تم تطبيق مقياس الادراك الاجتماعي على الحالة "س" وكانت إجاباتها كالتالي:

الجدول 05: إجابات تطبيق المقياس على الحالة "س"

الرقم	العبارة	دائما	أحيانا	نادرا
01	أشعر بما يشعر به الآخرون في مختلف المواقف الاجتماعية	X		
02	أفضل الأشخاص الذين هم أكثر شبه بي	X		

03	لا أحب الأشخاص الذين تتشابه صفاتهم مع صفاتي			X
04	أفضل الأشخاص الذين هم أكثر شبها بذاتي المثالية	X		
05	ابتعد عن الأشخاص الذين تتشابه صفاتهم معي		X	
06	ادرك الأشخاص الآخرين بصورة أفضل مما هم عليه فغلا		X	
07	كلما تقدم بي العمر أدرك ذاتي يشكل أفضل			X
08	اشعر أن كثرة العلاقات الاجتماعية تزيد من احساسي بالآخرين	X		
09	أدرك الأشخاص المفضلين لي بطريقة تختلف عن إدراك الأشخاص الآخرين لهم		X	
10	أكثر الأشخاص شبها بي هم أصدقائي			X
11	اعرف نفسي من خلال أراء الأشخاص المقربين لي			X
12	أصف نفسي في ضوء فرد آخر أحبه أو معجب به		X	
13	أنسب صفاتي غير الطيبة وأنماط سلوكي غير الحسنة إلى فرد آخر وأحبه		X	
14	أشعر أن الفرد الذي أحبه لو أفضله هو كثير الالتزام بالمعايير الاجتماعية	X		
15	أدرك الأشخاص الآخرين بصورة غير موضوعية			X
16	أشعر أن الشخص الذي لا أحبه وأفضله هو عديم الشبه بذاتي المثالية			X

عرض نتائج مقياس الإدراك الإجتماعي للحالة س

بعد عرض المقياس الإدراكي الإجتماعي للحالة س إتضح أن لديها إدراك إجتماعي متوسط وذلك لحصولها على نتيجة إختبار مقدرة بدرجة 31 بحيث نقول أنه من خلال جمع درجات الإجابات الموجبة والسالبة تحصلت المفحوصة على 31 والتي تنحصر ضمن فئة(16 -32)التي تشير إلى أن الإدراك الإجتماعي متوسط.

ويرجع السبب في ذلك إلى النتائج التي تحصلنا عليها بعد تطبيق المقياس على الحالة.

فقد كانت إجاباتها ما بين إيجابية والسلبية وقد تحصلت على درجة 3 في البنود رقم (1، 8، 14) والتي تشير إلى قابلية الحالة على تكوين علاقات إجتماعية وتبين إستعداد الحالة لها بالإضافه إذ تحصل الحالةعلى درجة متوسط التي تقدر بدرجه 2 في البنود التالية (9، 6، 12) التي تبين إنتقاد الحالة في إختبار العلاقات الإجتماعية ومن جهة أخرى نجد في بعض البنود الإيجابية (3، 7، 10) تحصل لحالة على درجات ضعيفة التي تقدر بدرجة 1.

عرض نتائج الحالة 2

لقد تحصلنا على معلومات الشخصية وبيانات الأولية عن الحالة من طرف أخصائية النفسية للمركز وذلك لعدم إستطاعة الحالة على الإجابة بشكل واضح وصحيح وحسب الفحوصات الطبية التي أجروها للحالة من طرف الجهات المختصة في مركز رعاية المسنين أظهرت أنه مصاب بالزهايمر.

الحالة رجل مسن يبلغ من العمر 81 سنة مطلق لديه ابن حالته الصحية متدهورة له سوابق مرضية إرتفاع ضغط الدم السكر كان يعمل سابقا في مصنع للمواد الغذائية تعرض الحالة سابقا لحادث عمل داخل المصنع الذي جعله يتابع العلاج لمدة أشهر يقيم الحالة في دار العجزة لمدة عامين وذلك بسبب مرضه وعدم قدرة إبنه على رعايته خاصة مع تدهور حالته الصحية.

جدول06: عرض المقابلات للحالة الثانية

رقم المقابلة	مكان المقابلة	مدة المقابلة	الهدف من المقابلة
01	در العجزة بعين تموشنت	45 دقيقة	جمع البيانات الأولية
02	در العجزة بعين تموشنت	30 دقيقة	حياته قبل دخوله لدار العجزة
03	در العجزة بعين تموشنت	30 دقيقة	تأثير مرض الزهايمر على حياته الاجتماعية داخل دار العجزة

ملخص المقابلة

تلقينا المساعدة من طرف الأخصائية النفسية العاملة في المركز لأجراء المقابلات وذلك بسبب الوضعية المرضية للحالة يتميز هندام الحالة بالنظافة والترتيب كان صعبا وكثير الحركة أثناء الحوار ويعاني من مشكلة في السمع وهذا ما جعل المقابلات أكثر صعوبة.

في بداية المقابلات عند سؤالنا الحالة عن حياته السابقة قبل دخوله للمركز لم يتذكر شيئا إلا بعض التفاصيل الطفيفة التي لم تقودنا إلى معلومة مفيدة وشرع يتحدث لنا في مواضيع أخرى لم نفهم منها شيئا فقد كان يفتقر إلى معجم اللفظي والكلمات المفهومة بحيث اللغة لم تكن سليمة فكان دائما ما يجيب على أسئلتنا في المقابلات بأجوبة ليس لها علاقة بالموضوع المطروح عليه مثلا عند تحدثنا عن حياته داخل المركز وكيف هي خدمة العاملين رد قائلا :"نتوما تخدموا هنا "وكان علينا من الضروري التحدث بصوت عالي لأنه يعاني من مشكلة السمع وكثرة الشرود وقلة الإستيعاب وصعوبة التواصل مع الآخرين فهو دائما منعزل ولا يحب الجلوس والتحدث مع أي أحد إلا أحيانا ويكون ذلك بالشجار مع العاملين أو المقيمين معه وبعد محاولاتنا متكررة للتواصل مع الحالة والتحصل على معلومات التي تلزمنا لم نستطع إكمال المقابلات لأنها لم تكن مجدية وهذا ما أدى إلى عدم تطبيق المقياس.

عرض نتائج الحالة الثالثة:

الحالة إمرأة مسنة تبلغ من العمر 61 سنة مطلقة ليس لديها إخوة فهي الإبنة الوحيدة عند والديها تعاني من إعاقة حركية سبب الإعاقة مرض التصلب اللويحي والديها متوفيين تقيم في مركز رعاية المسنين بسبب وضعها الصحي الذي يحتاج إلى رعاية في ولاية عين تموشنت منذ سنة 2016.

جدول 07: عرض المقابلات للحالة الثالثة

رقم المقابلة	مكان المقابلة	مدة المقابلة	الهدف من المقابلة
01	در العجزة بعين تموشنت	45 دقيقة	جمع البيانات الأولية
02	در العجزة بعين تموشنت	45 دقيقة	حياتها قبل دخولها لدار العجزة
03	در العجزة بعين تموشنت	30 دقيقة	تأثير مرضها على حياتها الاجتماعية داخل دار العجزة
04	در العجزة بعين تموشنت	39 دقيقة	تطبيق المقياس

ملخص المقابلة:

لم تستقبلنا الحالة بأريحية فبعدما وضحنا للمفحوصة الهدف من إجراء المقابلة وجدنا صعوبة في موافقتها على إجراء المقابلات فتدخلت الأخصائية النفسية لمساعدتنا لأخذ موافقتها كانت الحالة خجولة بسبب حالتها صحية تميز هندامها بالنظافة والترتيب وكانت هادئة أثناء الحوار.

من خلال المقابلات تحدثت لنا المفحوصة في بداية الأمر عن حياتها قبل مجيئها إلى دار المسنين حيث تزوجت وهي صغيرة في السن ولم تنجب أطفال لتعود بعد ذلك للعيش في بيت والديها بعد طلاقها بسبب عدة مشاكل بينها وبين زوجها وكان هذا قبل إصابتها بالمرض التصلب اللويحي الذي تسبب في إعاقتها بعدما توفي والديها توجهت إلى دار العجزة وبقية عمرها في دار المسنين.

ومن خلال المقابلات التالية تحدثت لنا المفحوصة عن الحياة داخل مركز حيث أنها تتلقى معاملة جيدة من طرف العاملين ومشرفين على المسنين المقيمين بدار العجزة على حسب قولها **"الحمد لله راهم يتهلاو فيا مليح "** إلا أنها تشعر بالضيق والكآبة كونها معاقة ولا تملك أصدقاء ولا تحب التحدث كثيرا تفاديا للقاء الناس خجلا من حالتها الصحية فهي تشعر أنها عالة على المجتمع قائلة **"نحشم بروحي بزاف واللي يخدموا هنا راني عييتهم بزاف معايا"** فهي تقضي جل وقتها في غرفتها متمنية أنها لو كانت بحالة جيدة وتعيش وسط العائلة وأنجبت أولاد ولديها إخوة وأخوات قائلة **"لو كان والديا قعدولي لو كان معاهم لو كان راني برجليا وصحتي لو كان راني غاية وفرحانة"** كانت الحالة تعاني سابقا من التعب والدوار دائم والرعاش وفقدان التنسيق بين أعضاء الجسم أو فقدان التوازن أثناء المشي وصرحت لنا أنها دائما ما كانت تزور الطبيب بسبب هذه الأعراض و الأمراض.

أما المقابلات التالية فكانت بغرض تطبيق الإستبيان والمقياس وليس بغرض إجراء مقابلة عيادية.

تم تطبيق مقياس الادراك الاجتماعي على الحالة "ع" وكانت إجاباتها كالتالي:

الجدول 08: إجابات تطبيق المقياس على الحالة "ع"

الرقم	العبارة	دائما	أحيانا	نادرا
01	أشعر بما يشعر به الآخرون في مختلف المواقف الاجتماعية			X
02	أفضل الأشخاص الذين هم أكثر شبه بي			X

03	لا أحب الأشخاص الذين تتشابه صفاتهم مع صفاتي			X
04	أفضل الأشخاص الذين هم أكثر شبها بذاتي المثالية			X
05	ابتعد عن الأشخاص الذين تتشابه صفاتهم معي			X
06	ادرك الأشخاص الآخرين بصورة أفضل مما هم عليه فغلا			X
07	كلما تقدم بي العمر أدرك ذاتي يشكل أفضل			X
08	اشعر أن كثرة العلاقات الاجتماعية تزيد من احساسي بالآخرين			X
09	أدرك الأشخاص المفضلين لي بطريقة تختلف عن إدراك الأشخاص الآخرين لهم			X
10	أكثر الأشخاص شبها بي هم أصدقائي			X
11	اعرف نفسي من خلال أراء الأشخاص المقربين لي			X
12	أصف نفسي في ضوء فرد آخر أحبه أو معجب به			X
13	أنسب صفاتي غير الطيبة وأنماط سلوكي غير الحسنة إلى فرد آخر وأحبه			X
14	أشعر أن الفرد الذي أحبه لو أفضله هو كثير الالتزام بالمعايير الاجتماعية			X
15	أدرك الأشخاص الآخرين بصورة غير موضوعية			X
16	أشعر أن الشخص الذي لا أحبه وأفضله هو عديم الشبه بذاتي المثالية			X

عرض نتائج تطبيق مقياس الإدراك الإجتماعي:

بعد عرض لمقياس الإدراك الإجتماعي للحاله "ع" إتضح أن لديها إدراك إجتماعي ضعيف وذلك للحصول على نتيجة لإختبار المقدرة بدرجة 16 بحيث نقول أنه من خلال جمع الدرجات الإجابات الموجبة والسالبة تحصلت المفحوصة على 16 والتي تنحصر ضمن فئة (1، 16) والتي تشير إلى أن الإدراك الإجتماعي ضعيف وذلك نتيجة لنتائج التي تم رصدها بعد تطبيقنا للمقياس على الحالة فكانت معظم إجابات المفحوصة سالبة خاصة في البنود التي تظهر إرتفاع مستوى الإدراك الإجتماعي فقد تحصلت على درجة 1 و التي تعد أدنى درجات المقياس في البنود رقم (1، 8، 14) والذي يبين إهتمام الفرد بتكوين علاقات إجتماعية والشعور بالآخرين والإلتزام بالمعايير الإجتماعية وكذلك تحصلت على نفس الدرجة 1 في البند رقم 3 الذي يظهر إنعدام سمات الشخصية عند الحالة كذلك في البند رقم 7 الذي يبين مدى معرفة الفرد لذاته وإستمرارية إستكشافه لها تحصلت كذلك على أدنى درجة .

عرض نتائج الحالة الرابعة:

الحالة رجل مسن يبلغ من العمر 71 سنة حالته الإجتماعية أعزب وليس لديه أطفال يتمتع بحالة صحية جيدة وليس لديه سوابق مرضية لديه أخوين مستواه الدراسي المتوسط يملك العديد من الحرف اليدوية كان يعمل سابقا في عدة مجالات التجارة الخياطة الفلاحة.. والداه متوفيان يقيم في دار رعاية المسنين بعد بقائه وحيدا وكانت سنة دخوله للمركز.

جدول 09: عرض المقابلات للحالة الرابعة

رقم المقابلة	مكان المقابلة	مدة المقابلة	الهدف من المقابلة
01	در العجزة بعين تموشنت	45 دقيقة	جمع البيانات الأولية
02	در العجزة بعين تموشنت	45 دقيقة	حياته قبل دخوله لدار العجزة
03	در العجزة بعين تموشنت	30 دقيقة	حياته الاجتماعية داخل دار العجزة
04	در العجزة بعين تموشنت	39 دقيقة	تطبيق المقياس

ملخص المقابلة

إستقبلنا الحالة بكل أريحية ورحابة صدر وبعد أن عرضنا عليه موضوعنا وعرفنا بأنفسنا وافق على إجراء المقابلة بكل سرور كان كريما ولطيفا معنا تميز هندامه بالنظافة والترتيب وكان هادئا ومتفهما أثناء الحوار.

يصف الحالة علاقته بالمقيمين معه داخل المركز بالجيدة " **أنا راني كيف أخوهم وهما خاوتي عند ربي**" وأنه يساندهم في حال إحتياجهم للمساعدة أو النصيحة ويبادرهم أطراف الحديث ويتشارك معهم في القيام ببعض الأعمال يقضي يومه في قيام بالأشغال اليدوية وغرس الأشجار والإهتمام بالنباتات داخل مركز أو في قراءة القرآن لأنه لا يحب الفراغ حيث قال "**أنا نبغي نخدم من اللي كنت صغير نحس روحي مليح**"

عند سؤال الحالة عن عائلته وإخوته لاحظنا تأثره الشديد عند تذكر والدته المتوفية و إخوته الذين لا يزورونه أبدا كما لاحظنا أنه كثير العطاء والحب ويتمنى أن يكونوا بخير رغم كل شيء حيث قال" **إن شاء الله يكون غاية**" كما أنه حدثنا عن لحظاته معهم في الصغر فلاحظنا أنه يتذكر حتى أدق التفاصيل معهم في صغره وفي شبابه"**كي كانت أمي حية كان كل شيء مليح** " بحيث كان يشتغل ويتعب من أجل أن يوفر لهم حاجياتهم.

عند سؤال الحالة عن أقرب فرد له حاليا أجاب "**صاحبي اللي مشاركني في الغرفه قريب لي بالزاف هو قريب لي ويفهمني**" حيث قال "**نحسه كيما انا عليها قريب لي**".

مما تبين لنا من خلال المقابلات ان المفحوص مرتاح ومقتنع بالحياة داخل المركز وراضي بما كتبه الله له حيث قال "**الحمد لله على كل شيء والحمد لله على الصحة** "

كما أنه مسرور من خدمة العمال والعاملات كما لاحظنا أنهم يحبونه كثيرا ومتقربون منه ويتحدثون معه ويحترمونه كأنه والدهم وهو يبادلهم نفس الشعور قائلا: "**راهم كيما اولادي**"

لا يعاني الحالة من أي أمراض مزمنة ولا يعاني أيضا من الخمول حيث قال" **ما عندي حتى المرض نشيط في صحتي**" ولا يتناول أي أدوية "**والو ما نشرب حتى دواء**" وفي حال ما مرض فإنه يلقى إهتمام والرعاية من العاملين داخل المركز "**يهتمو بيا ويقوموا بالواجب الله يحفظهم**" كما أن له نظرة إيجابية حول المستقبل بحيث يطمح للحج بيت الله ويرغب في ذلك كثيرا.

تم تطبيق مقياس الادراك الاجتماعي على الحالة "ح" وكانت إجاباتها كالتالي:

الجدول 10: إجابات تطبيق المقياس على الحالة "ح"

الرقم	العبارة	دائما	أحيانا	نادرا
01	أشعر بما يشعر به الآخرون في مختلف المواقف الاجتماعية	X		
02	أفضل الأشخاص الذين هم أكثر شبه بي		X	
03	لا أحب الأشخاص الذين تتشابه صفاتهم مع صفاتي	X		
04	أفضل الأشخاص الذين هم أكثر شبها بذاتي المثالية		X	
05	ابتعد عن الأشخاص الذين تتشابه صفاتهم معي	X		
06	ادرك الأشخاص الآخرين بصورة أفضل مما هم عليه فغلا		X	
07	كلما تقدم بي العمر أدرك ذاتي يشكل أفضل	X		
08	اشعر أن كثرة العلاقات الاجتماعية تزيد من احساسي بالآخرين	X		
09	أدرك الأشخاص المفضلين لي بطريقة تختلف عن إدراك الأشخاص الآخرين لهم	X		
10	أكثر الأشخاص شبها بي هم أصدقائي			X
11	اعرف نفسي من خلال أراء الأشخاص المقربين لي		X	
12	أصف نفسي في ضوء فرد آخر أحبه أو معجب به		X	
13	أنسب صفاتي غير الطيبة وأنماط سلوكي غير الحسنة إلى فرد آخر وأحبه			X
14	أشعر أن الفرد الذي أحبه لو أفضله هو كثير الالتزام بالمعايير الاجتماعية	X		

15	أدرك الأشخاص الآخرين بصورة غير موضوعية		X	
16	أشعر أن الشخص الذي لا أحبه وأفضله هو عديم الشبه بذاتي المثالية	X		

عرض نتائج مقياس الإدراك الإجتماعي:

بعد تطبيقنا لمقياس الإدراك الإجتماعي للحالة "ح" إتضح أن لديه إدراك إجتماعي جيد وذلك لحصوله على نتيجة إختبار مقدرة لدرجة 38 بحيث نقول بأنه من خلال جمع درجات الإجابات الموجبة والسالبة تحصل المفحوص على 38 والتي تنحصر من فئة (32- 48) والتي تشير إلى أن الإدراك الإجتماعي جيد وذلك بسبب النتائج التي رصدناها بعد تطبيقنا لمقياس الإدراك الإجتماعي على الحالة فكانت أغلب الإجابات المفحوص موجبة ويظهر ذلك في أغلب البنود رقم 1، 7، 8، 14، 3، 5، 9، التي يبرز قوة العلاقات الإجتماعية وقوة الإحساس بالآخرين وقدرة الحالة على إدراك ذاته ومعرفة خصائصه الشخصية بشكل أفضل بحيث تحصل على أعلى الدرجات في المقياس التي تقدر بـ 3.

2 مناقشة نتائج الدراسة:

❖ مناقشة نتائج التساؤل الأول:

وكان نصه: ما هو مستوى الإدراك الإجتماعي لدى المسن المصاب بالمرض الإنتكاسي؟.

أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الإدراك الإجتماعي لدى الحالات المسنين المصابين بالمرض الإنتكاسي تراوح ما بين منخفض ومنعدم.

ويرجع ذلك إلى وجود إضطرابات في الإدراك الإجتماعي في معظم الأمراض الإنتكاسية ولكن بدرجات متفاوتة الشدة حيث أنها تؤدي إلى مجموعة متنوعة من السلوكيات غير طبيعية فقدان السلوك عدم التعاطف.

التي يتم ملاحظتها أو الإبلاغ عنها وهذا ما توافق مع دراسة حسين محمدي 2017 التي هدفت إلى معرفة أن الإدراك الإجتماعي عنصر أساسي لصحة الإنسان وأن له أثر إيجابي عليها فإن الفرض من هذه الدراسة دراسة

مدى تأثير الأمراض الإنتكاسية على الإدراك الإجتماعي وإستراتيجيات المواجهة لدى المصابين بالأمراض الإنتكاسية وكانت النتيجة أن معظم المصابين بالأمراض التنكس العصبي لديهم إدراك إجتماعي منخفض.

فالأمراض الإنتكاسية تؤثر على الجوانب الإجتماعية للأفراد بحيث يعاني المصابون بها من مشكلات إجتماعية وصحية ونفسية وإقتصادية.

فنجد الحالة المصابة بالتصلب اللويحي الذي يعد من الأمراض الإنتكاسية الذي له أثار صحية حركية تترتب عليها أثار نفسية بحيث يجد المصابون به صعوبة في أداء أعمالهم المعتادة ويشعرون بفقدان مكانتهم ومنزلتهم الإجتماعية من بين الإضطرابات النفسية الشائعة التي قد يقع فيها المصاب بالتصلب اللويحي القلق أو الإكتئاب النفسي بحيث كانت دراسة دليلة زناد أمينة خرايفية تهدف إلى معرفة نوعية الحياة التي يعاني منها مرض التصلب المتعدد ومجالاتها وأيضا التعرف على المعاش السيكولوجي لمرضى التصلب المتعدد وقامت هذه الدراسة على عينة من المرضى المصابين بالتصلب اللويحي بالجزائر العاصمة وتوصلت الدراسة إلى أن نوعية الحياة لذى المرضى المصابين بالتصلب المتعدد متدهورة وأن أفراد العينة يمثلون درجات منخفضة في معظم أبعاد نوعية الحياة فيما يخص بعض الآلام الجسمية والعلاقات مع الآخرين و الصحة النفسية.

وكذلك هدفت الدراسة (**Mohamed Imed, Chokri, 2014**) إلى دراسة القلق والإكتئاب في سلسلة من المستشفيات وذلك لرؤية هل توجد هناك روابط وعلاقة بين الأداء العاطفي السريري للمرض وأسفرت النتائج إلى تم العثور على تاريخ الطب النفسي في مرض الإكتئاب تحويلات الهستيرية دهان إنفصام إضطرابات ثنائي القطب ثم العثور على النتائج تحليل القلق والإكتئاب وبالتالي تواتر القلق والإكتئاب على التوالي 30% 23% من الحالات.

كما تحصلنا أيضا على الحالة التي تعاني من مرض الزهايمر الذي يعد من أشهر الأمراض الإنتكاسية العصبية التدريجية إنتشارا والذي يؤدي إلى تدهور تدريجي في الذاكرة والقدرة على التفكير والمهارات السلوكية والإجتماعية والوظائف الذهنية والإدراك وطريقة الإنتباه و الإضطرابات اللفظية وهذا ما توافق مع دراسة (Rousseau,1995) أن الإضطرابات اللغوية هي ثاني إضطرابات تظهر بعد إضطرابات الذاكرة وهذا حسب Huffet al سنة 1987 كما يؤكد Holland وجود تطور مبكر وسريع لإضطرابات اللغة في مرض الزهايمر وهي مرتبطة بالتطور السريع للمرض(Rousseau,1995, p16-17) ويرى الباحث Alois Alzheimer,2001أن مرض الزهايمر يصيب بصفة خاصة المسنين وترتفع نسبة المصابين به مع التقدم في السن ويتميز هذا المرض بشكل عيادي خاص

ويشمل إضطرابات الذاكرة بالدرجة الأولى وإضطرابات اللغة والتعرف بالإضافة إلى الإضطرابات النفسية السلوكية (**Sellal, Kruczek,2001,p19**)

وبما أن الإتصال الشفوي هو أكثر ما يميز الإنسان في إتصاله مع الغير فإضطرابات اللغة الشفوية عند المصاب بمرض الزهايمر كانت محور العديد من الدراسات والتي تذكر من بينها دراسات HeiretalودراساتCardebat سنة 1991 وكذلك دراساتRipich من نفس السنة وجلها تؤكد أن المصابين بالزهايمر يعانون من إضطراب نقص الكلمة سببه صعوبة في النفاذ العجمي ودراسة1988 hufe بينت أن السبب يعود إلى تدهور التمثيل دلالي للمفهوم ومن جهه أخرى وضحت دراسة1984 Kirshner أن السبب راجع لصعوبة في التعرف البصري والسمعي (**Eustache, 1993**)

وكثير من الدراسات تشير إلى وجود علاقة ما بين مرض الزهايمر وضعف في السمع حيث أن الأشخاص المصابين بضعف السمع تزيد لديهم نسبة تطور المرض بصورة أكبر (**Eustache, 1993, p20**)

ويظهر أن الأمراض الإنتكاسية تؤثر بشكل كبير على الإدراك الإجتماعي ويرجع ذلك إلى أنها عملية بيولوجية للفقدان التدريجي للهياكل أو الوظائف في حالة العضو أو الأنسجة وبمعنى دقيق لكلمة المرض الإنتكاسي العصبي هو حالة مرضية تؤثر على الخلايا العصبية وتحكم عليها بالموت المحقق من الناحية العملية بحيث تؤثر على الدماغ والحبل الشوكي وهي حاله تغير بنية الدماغ وتعتبر عواقب الأمراض الإنتكاسية خطيرة على صحة الفرد بسبب المضاعفات التي تسببها على المستوى الجسدي العاطفي والمعرفي والسلوكي والإجتماعي والإقتصادي وتتسبب إضطرابات نفسية كثيرة التي تؤثر على الإدراك الإجتماعي للفرد فهذه الإضطرابات تشمل إختلالات في التفكير وضبط المشاعر والسلوك بحيث يعاني المصابون بالإضطرابات النفسية الناجمة عن الأمراض الإنتكاسية من صعوبة في التعبير عن مشاعرهم والحفاظ على علاقات الإجتماعية صحية وفقدان الإهتمام بالأنشطة و الإستمتاع بالهوايات والإنسحاب الإجتماعي و العزلة و تجنب المواقف الإجتماعية التعب و الإرهاق، الجمود الفكري الذي يصف حالة عدم التجدد أو التطور في الأفكار أو الآراء، مشاكل في التركيز والإنتباه بسبب الهجوم على جميع الشبكات الإجتماعية و الشبكات الأخرى المشاركة في الإنتباه مثل شبكة BORZو شبكة الوضع الإفتراضي و الإنتباه الظاهري الذي تسببه الأمراض الإنتكاسية مما يؤدي إلى نقص في إدراك الإشارات العاطفية و الإجماعية مشاكل في التفاعل و الإتصال الإجتماعي.

سبب الضمور في الخلايا العصبية للمخ مما يؤدي إلى تراجع مستمر في القدرات المعرفية العقلية والدهنية والذاكرة ويحدث ذلك نتيجة حدوث زيادة في إنتاج البروتين في الدماغ مما يؤدي إلى تلف الخلايا العصبية كما يحدث في مرض الزهايمر الذي يظهر نتيجة إنحلال عصبي دماغي و المصاب به يعاني من نقص في الخلايا العصبية الذي يؤدي إلى ضمور القشرة المخية ويتطور المرض بتواصل تقلص الخلايا العصبية حتى يؤثر على وظيفة الدماغ فيصيب الجزء المسؤول عن التفكير والذاكرة واللغة ونجد من بين الآثار الشائعة الأمراض الإنتكاسية الإضطرابات المعرفية التي عادة ما يكون لهذا النوع من الإضطرابات صلة وثيقة بوجود خلل في الدماغ بسبب حدوث ضرر للقسم المسؤول عن الذاكرة في الدماغ فيحدث صعوبات في التخطيط وعدم القدرة على إتخاذ القرارات وصعوبة في التركيز وعدم القدرة على تذكر أسماء الأشياء والأشخاص والمعاناة في القيام بحاجياته اليومية.

وتمس أيضا الأمراض التنكس العصبي الجوانب الحركية فهي تؤثر على الوظائف التي يؤديها الجسم (إختلال التوازن الحركي ضعف الحركة إضطرابات بصرية إضطرابات تنسيق...) كما هو الحال في مرض التصلب اللويحي المتعدد الذي يعتبر مرض مناعة ذاتية يؤثر على الجهاز العصبي المركزي بما في ذلك الدماغ والحبل الشوكي والأعصاب البصرية بحيث يسبب هذا المرض تلف في منطقة الميالين التي تحمل الألياف العصبية فيما يؤدي الى اضطرابات في العديد من الوظائف الجسم الأساسية مثل النظر التوازن والتحكم.

وبالتالي فالأمراض الإنتكاسية تصيب الخلايا العصبية وتتميز بإنخفاض القدرات الفكرية والسلامة العاطفية للمرضى تؤثر بشكل خاص على كبار السن ولها أثار مدمرة على مختلف الجوانب الفكرية العقلية العاطفية المعرفية النفسية الإجتماعية وغالبا ما يكون لدى المرضى أعراض واضحة خاصة على مستوى الإدراك الإجتماعي الذي يعرف على أنه مجموعة عمليات معرفية وعاطفية التي من خلالها نفسر ونحلل ونتذكر ونستخدم المعلومات المتعلقة بالعالم الإجتماعي فهو يشير إلى كيفية تفكيرنا في أنفسنا والأخرين وسلوكهم وعلاقتهم الإجتماعية وكيف نفهم المعلومات ونصدر سلوكيات بناء عنها وبالتالي نستنتج أن مستوى الإدراك الإجتماعي لدى المصابين بمرض الإنتكاسي يكون منخفض وقد يكون منعدم.

❖ مناقشة نتائج التساؤل الثاني:

الذي كان نصه: ما مستوى الإدراك الإجتماعي لدى المسن السليم أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الإدراك الإجتماعي لدى حالات المسنين السليمين هو متوسط وجيد.

ويرجع ذلك إلى قدرة الحالات على فهم وتفسير سلوك الآخرين وتفاعل معهم في المواقف الإجتماعية بحيث يعرف الإدراك الإجتماعي على أنه عملية فهم السلوكيات الذات والغير والتي تعبر عن خصائصهم الداخلية فهو عملية تنظم و تفسر من خلالها المعلومات عن الأفراد وهو عملية تأثير وتأثر مجالها المواقف الإجتماعية ومحورها الأفراد سعد عبد الرحمن 1977 فيمكن القول أن الإدراك الإجتماعي هو إدراك موضوعه أو مشيراته كما يمكن القول أن عملية تكوين أحكام حول الأفراد الأخرين كما يمكن تعريفها على أنها الطرق التي يتفاعل أو يستجيب بها الأفراد تجاه الغير بالفكر أو بالشعور أو بالعقل. (**Percciving.Others, 92, p2**)

وهذا ما توافق مع دراسة السيد عبد الرحمن 1999 التي تهدف إلى معرفة أهمية العمليات الذهنية في عملية الإدراك الإجتماعي وتكوين إنطباعات وأحكام كذلك الأفراد في حياتنا اليومية وأثناء مسايرتنا للكثير مما يواجهون من تفاعلات إجتماعية مع الآخرين. (**سلمان، 2003، ص 86**).

فالعمليات المعرفية عقلية يستخدمها الفرد المدرك لمعالجة الصعوبات وتفاعل مع العالم من حوله وتستمر هذه العمليات العديد من الجوانب مثل التفكير وذاكرة والإنتباه وحل المشكلات وإتخاذ القرارات بحيث يعتبر الإدراك الإجتماعي جزءا من هذه العمليات لأنه يركز على كيفية معالجة الناس للصعوبات حول الأشخاص والمواقف الإجتماعية وفهم مشاعر الآخرين وتطوير العلاقات.

فالإنسان يحتاج في إدراكه الإجتماعي إذ فهم وتفسير لسلوك الآخرين بواسطة قوة تركيزه وإنتباهه للتفاصيل وطريقة تفكيره وبنيته المعرفية وإستخدام خبراته السابقه وتعد بالخبرة السابقة مجموعة المواقف والأحداث التي يعيشها الفرد والتي تؤثر في سلوكه وتترك آتار في شخصيته وتجعله صيغة مختلفة عن سواه (**خان وآخرون، ب.ت، ص85**)

وهذا ما لاحظناه عن التي تتميز بالإدراك الإجتماعي بحيث تستخدم خبراتها السابقة التي تجعلها فاعلا نشط يعرفون ما يقومون به وكيفيه ذلك لأنه كلما مر الفرد في مواقف وخبرات كلما إتسعت نظرته وزادت عمق وهذا يؤدي إلى زيادة تفاعله الإجتماعي وتحقيق ذاته ومجال خبرته (**النجيحي، 1963، ص80**).

وهذا ما يؤكده فهمي 2004 وهو أن إستمرار الخبرة وإتصالها يؤدي إلى النمو السليم في جميع الجوانب وكلما مر الفرد من خبرة إلى خبرة إتسعت بيئته وتعددت رؤاه (**بدر، 2009، ص85**)

كما نجد أن الحالات تتميز بالتعاطف الذي يعتبر جزءا مهما من الإدراك الإجتماعي وهو مفهوم يرتبط بقدرة على فهم ومشاركة مشاعر الآخرين وإحساس بهم وتعاطف معهم وقدرة على فهم وتفسير مشاعرهم وتفاعل معهم بشكل

إيجابي وفي تحسين العلاقات الإجتماعية وفي هذا الصدد نذكر معتز سيد عبد الله 2001 في نظريته للتعاطف التي تفترض أن الشخص الملاحظ يعرف ما هي مشاعر الشخص المبحوث لأنه يتخيل نفسه في ظروف مماثلة ويستجيب طبق لذلك فهو الإدراك المباشر في هذه العملية.(**معتز سيد عبد الله، عبد اللطيف محمد خليفة، 2001، ص459**)

كما أن ماهية الإنسان الحقيقية عند شلر ليست في كونه الكائن العاقل المفكر فقط ولكنها تكمن في إعتباره أيضا ذلك الكائن المنفعل بالأخر المتجاوب معه متعاطف معه المحب له بالإضافة إلى إنفعالاتة ومواقفه الأخلاقية مع الآخر. (**زهير خويلدي، 2013، ص 216**).

وهذا التعريف يحمل في مضمونه مظاهر أخرى تجسدت لدى الحالات هي تفاعل مع الآخرين وتجاوب معهم وفهمهم وإعطاء الحب لهم.

ومن جهة أخرى نرى ضمن الجوانب المهمة التي تساهم في زيادة الإدراك الإجتماعي عند الحالات هي إختيار الجماعة والأشخاص المقربين حسب صفاتهم الشخصية وتشير بعض الدراسات بأن سمات الشخصية تؤثر عند سلوك بشكل كبير وهذا ما لاحظناه عند الحالات التي تتميز بتفاعل الإجتماعي والتحمل العاطفي بحيث هذه السلطات تعتبر من أهم سمات الإجتماعية المؤثرة في الإدراك الإجتماعي وبشكل إيجابي.

فالتفاعل الإجتماعي يكتسب من خلاله الفرد خصائصه الإنسانية والإجتماعية لأن السلوك الإجتماعي يتطلب وجود تفاعل إجتماعي ويكسب أيضا للفرد القدرة على التعبير والمبادرة والمناقشة وبذلك يعد التفاعل الإجتماعي شرطا أساسيا لتكوين الجماعة. (**جميل حمداوي، 2015، ص 298**)

تؤكد الدراسات الإجتماعية أن النجاح الفرد في حياته الشخصية وإستمرار وجوده بمعنى إجتماعي يتوقف على مادى إستخدامه لمهارات التواصل الإجتماعي الأساسية المتمثلة في التواصل اللفظي بمعنى إستخدام كلمات لنقل المعلومة بوضوح والتواصل الغير لفظي كالتعابير الوجهية... أيضا نجد العمل الجماعي أي التعاون مع الآخرين لتحقيق أهداف مشتركة.

وما يساهم أيضا في دعم مهارات الإدراك الإجتماعي هو المستوى التعليمي للحالات حيث يعتبر التعليم أداة أساسية لفهم الظواهر الإجتماعية والتفاعل معها، ويساهم أيضا في تطوير القدرات المعرفية والعاطفية للأفراد مهما يمكنهم من تحليل سلوكيات ومواقف إجتماعية بشكل أفضل، كما أنه يعزز مهارات التواصل والتفاهم بين الأفراد

ويساعد على تنمية القدرة على التعاطف والتفاهم لوجهات النظر الآخرين ،بالإضافة إلى ذلك يعد التعليم عاملا مؤثرا في تشكيل الهوية الإجتماعية وتعزيز الإندماج الاجتماعي، بالإضافة إلى الرعاية الصحية التي يحظى بها المسنين داخل المركز المتمثلة في دور الأخصائي الإجتماعي في التعامل مع المشكلات العقلية للمسنين التي تتلخص في ضعف الذاكرة والنسيان والبطء في التفكير وتمركز التفكير حول الأحداث الماضية.

بالنسبة للعمل مع المسن كفرد من خلال تحقيق الضغوط النفسية عليه من خلال المعونة النفسية والإفراغ الوجداني لما يكسبه داخل نفسه من خلال إستشارته للحديث وأنه سوف يسمعه ويساعده بالإضافة إلى أن هذه المرحلة السنية مرحلة عادية من مراحل العمر يجب أن يستمتع بها الإنسان ويهتم بتدعيم القيم الدينية لديه.

3 مناقشة النتائج على ضوء الفرضية الفرعية:

والذي كان نصها يختلف مستوى الإدراك الإجتماعي لدى المسن المصاب بالمرض الإنتكاسي والمسن السليم.

أظهرت النتائج أن الإختلاف واضح وكبير ويرجع السبب في ذلك أن الأمراض الإنتكاسية التي يصاب بها المسنين تؤثر بشكل كبير على المستوى إدراكهم الاجتماعي.

وبالتالي توصلنا إلى صحة وتحقق فرضية دراستنا وذلك بوجود إختلاف في مستوى الإدراك الإجتماعي لدى موسن المصاب بالمرض الإنتكاسي والمسن السليم.

فالإدراك الإجتماعي من العمليات النفسية والذاتية التي تحدث في العقل الواعي للفرد وتمكنه من فهم وإدراك دوافعه بحيث يشمل الإدراك الإجتماعي مراقبة لغة الجسد و تحليل تصرفات الآخرين وتكوين إنطباعات وحكم على سلوكهم. **(فؤاد الباهي، 1980، ص211)**

فالإدراك الإجتماعي سليم يسمح للفرد بفهم الآخرين وتكوين إنطباعات وحكم على سلوكهم كما يسمح أيضا للفرد بفهم الآخرين وتحليل تصرفاتهم وسلوكاتهم بشكل صحيح يمكن المسن السليم أن يقرأ تعابير الوجوه ويفهم العواطف و النوايا وبالتالي يساعده في بناء علاقات إجتماعية ناجحة.

فالمهارات والقدرات التي تتوفر في الإدراك الإجتماعي السليم والتي وجدناها عند الحالات السليمة المدروسة ومن أهمها الملاحظة التي تتمثل في القدرة على مراقبة وتحليل التصرفات الآخرين وتفاصيل البيئة الإجتماعية كما نجد

التنميط والتحيز الذي يعتبر القدرة على إستخدام خبرات السابقة والمعرفة لتصنيف الأشخاص والتعامل معهم **(ريجيو، 2006، ص 12)**

كما لاحظنا أيضا القدرة على التفكير وفهم الأخرين بشكل مدروس.

بالإضافة إلى مهارة الذكاء العاطفي الرابطة بين الذات والأخر والوعي بمشاعر الآخرين وعواطفهم وهذا ما أشارت إليه دراسة Diamond 1949 حيث ناقش العلاقة بين البصيرة وقدرة الفرد على أن يشعر بإحساسات الآخرين في المواقف الإجتماعية وقت توصل إلى أن مفهوم العلاقة بين الفرد والآخرين تتكون بناءا على قدرته على الإحساس بشعورهم في المواقف الإجتماعية وتعتمد بصيرة الفرد في علاقته بالأخرين على قدرته على الإحساس بإحساساتهم وأن القدرة على الإحساس بشعور الآخرين تنمو و تتطور من خلال العلاقات الإجتماعية. (**Percciving. (Others92, 1979, p2**

فهي قدرة جبارة تساعد في الحفاظ على معنى التعاون والنظام الإجتماعي ومن جانب اخر نجد أن ان المهارات المعرفية المهمة في معالجة معلومات وفهم الآخرين متمثلة في قوة الذاكرة والتميز والإنتباه ة و اللدونة المعرفية.

بالنسبة للحالات المصابة بأمراض الإنتكاسية (تصلب اللويحي، الزهايمر) وجدنا التأثير السلبي لهذه الأمراض على المستوى إدراك الإجتماعي وذلك نتيجة للتلف الذي تخلفه هذه الأمراض على مستوى الخلايا العصبية الدماغ النخاع الشوكي، بحيث تؤثر هذه الأمراض على المخ وتؤدي إلى تخريب وتلف أجزاء معينة منه وبهذا يؤثر على القدرات الفكرية والعقلية بحيث تحدث التراجع في وظائف العصبية 6 أو بنية الأنسجة أو الأعضاء المصابة مما يؤثر على الذاكرة والتركيز فيصبح المسن يجد صعوبة في فهم الأشياء من حوله والانتباه لها و تذكرها. **(Encyclopadia Britannia,2020)**

. ويترتب عنها ايضا إضطرابات لفظية وغير لفظية التي تحدث إضطرابات لغوية مما يؤثر على تواصله مع الآخرين وعلاقاته الإجتماعية **(زريقه ابراهيم وآخرون، 2005، ص415)**.

كما تحدث تغيرات صحية ونفسية التي تحدث إنخفاض في تقدير الذات وتدهور العلاقات الذاتية والإجتماعية والتي يترتب عليها إستجابات متناقضة وسلوكات مضطربة غير مفهومة وإختلالات في التفكير وضبط المشاعر لأن هذه الإضطرابات النفسية المترتبة عن الأمراض الإنتكاسية ينتج عنها صعوبة فهم عواطف الفرد الآخر والشعور بها وتفهم تجارب الناس وعواطفهم وفقدان الإحساس بما يشعرون به أي نقص في إدراك الإشارات العاطفية والإجتماعية

التي تنتج عن الهجوم على جميع شبكات الدماغ الإجتماعية و شبكات أخرى المشاركة في الإنتباه مثل شبكة بروز BROZ وشبكة الوضع الإفتراضي والإنتباه الظاهري. (**Psychguides,2020**)

فيصبح المسن المنتكس غير مبالي وتشير بعض الدراسات إلى أن عرض اللامبالاة يظهر 62% إلى 82% من مرض الإنتكاس العصبي حيث ترتبط اللامبالاة بإنخفاض نشاط الدماغ في المنطقة السقيفية البطنية والفص الجبهي بشكل عام وإزالة التثبيط في الفص الصدعي الأمامي والقشرة الجبهية الحجاجية. (**Mendez. Z al, 2008**)

وفي الأخير تبين لنا مدى الإختلاف في مستوى الإدراك الإجتماعي لدى الحالات السليمة والحالات المصابة بالمرض الإنتكاسي وبالمقارنة النتائج السابقة نجد أن حالات السليمة التي يتراوح مستوى إدراكها الإجتماعي ما بين متوسط إلى جيد تتمتع بحياة إجتماعية صحية تتميز بالتفاعل والتواصل الإجتماعي السليم بينما الإضطرابات الإجتماعية التي تؤثر على القدرات والمهارات الأساسية التي تميز الإدراك الإجتماعي السليم تكون نتيجة الأمراض الإنتكاسية التي يصاب بها المسنين وبالتالي يعانون من إنخفاض في جودة الحياة الإجتماعية السليمة وفي الأخير لا ننسى أن هذه النتائج تبقى حصر لحالات البحث وغير قابلة للتعميم لمنهجها العيادي.

خاتمة

الخاتمة:

تحدث تحولات سريعة في حياة الإنسان في معيشتها وهذه التحولات تمس جميع الجوانب والأصعدة المختلفة خاصة فئة الشيخوخة التي تعتبر فئة مستهدفة للعديد من الأمراض المختلفة التي تؤثر على مختلف جوانب حياتهم الصحية النفسية والإجتماعية.

فتمحور موضوع دراستنا اليوم حول الإدراك الإجتماعي وتأثير الأمراض الإنتكاسية التي تصيب المسنين على مستوياته فالأول هو إنعكاس مباشر لواقع إجتماعي وإدراك الآخرين بمعنى ترتيبهم في أصناف معينة لها معنى مع الوعي الكلي بمكانتهم وأدوارهم وذلك على أساس عقلي معرفي وبالتالي فهو يعبر عن العلاقة بين ظاهر الأفكار وإنتشارها ونموها وبين المعرفة والأوضاع وعلاقات الإجتماعية أما متغير دراستنا الثاني الأمراض الإنتكاسية فهو يمثل مركزا هاما في صحة الفرد كما يعتبر من العوامل الهامة التي تؤثر تأثيرا كبيرا على إدراك المصاب به لبيئته والعلاقات التي تجمعه بالآخرين.

والأنشطة الإجتماعية وبالتالي نقص التواصل والتفاعل الإجتماعي وذلك راجع الى تكوين المرض الانتكاسي ومدى تأثير على الخلايا العصبية وإتلاف العديد من أجزاء المخ التي لها دور في وعي الفرد وفي قدراته ومهاراته المسؤولة عن إدراكه الإجتماعي.

ومرورا منه إلى عينة الدراسة المتمثلة في المسنين وتعد هذه المرحلة مرحلة التغيرات والتحولات والمحطة النهائية في رحلة الإنسان الإرتقائية والانمائية بغض النظر عن عمره وقوته وضعفه، فهي حقيقة بيولوجية لها طريقتها في الحدوث خارج نطاق التحكم البشري تحدث على مستوى التغيرات الجسدية والوظائف الجسمية والإجتماعية والنفسية، وكنتيجة لتأثير الأمراض الذين يصابون بها في هذه المرحلة كالأمراض الإنتكاسية التي تؤدي إلى تضاؤل تدريجي في القدرات الجسدية والنفسية.

يختلف المسن السليم والمسن المصاب بالأمراض الإنتكاسية في هذه المرحلة، وتحت إطار دراستنا قمنا بالبحث عن إختلاف مستوى الإدراك لديهم.

وما نتج عنه هو أن الأسباب الكامنة لوجود إختلاف في مستوى الإدراك الإجتماعي لدى المسنين هو الإصابة بأمراض الإنتكاسية، إضافة إلى ذلك ما تعرضنا بعض عقبات في قلة الدراسات السابقة التي تدرس المتغيرات والعينة في الدراسة.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع

مراجع باللغة العربية

❖ أحمد بدر، أصول البحث العلمي ومناهجه، المكتبة الأكاديمي.

❖ بوسنة، عبد الوافي زهير. (2012). تقنيات الفحص الكلينيكي. الجزائر: دار الهدى للطباعة والتوزيع والنشر.

❖ جميل الحمداوي، (2015)، ميادين علم الاجتماع ط1، شبكة الالوكة.

❖ حاجي بوغالي (2012)، دكانة المسن داخل السرة الجزائرية، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر 2 بوزريعة، الجزائر.

❖ حمو علي خديجة (2001)، عالقة الشعور بالوحدة النفسية بالاكتئاب لدى عينة من المسنين المقيمين بدور العجزة والمقيمين مع ذويهم (مذكر ة ماجستير غير منشورة)، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة الجزائر،2 أبو القاسم سعد الله.

❖ خديجه حمو علي، (2012)، علاقة الشعور بالوحدة النفسية واكتئاب لدى عينة من المسنين المقيمين بدار العجزة والمقيمين مع ذويهم، دراسة مقارنة ل 12 حالة، مذكرة ماجستير، معهد علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا الكليات العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعه الجزائر 2.

❖ داود عزيز والعبيدي ناظم، (1990)، علم النفس الشخصية، جامعة بغداد.

❖ راضية الحاج لكحل (2008)، الصحة النفسية للمسنين، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر.

❖ رونالدو ريجيو، (2006)، قائمة المهارات الاجتماعية، ترجمة: عبد اللطيف محمد خليفة، القاهرة دار غريب للطباعة والنشر.

❖ الزريقات ابراهيم عبد الله فرج، (2005)، اضطرابات الكلام واللغة، التشخيص والعلاج، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

❖ زهير الخويلدي، (2013)، كونية القول الفلسفي، دار نيبور، بغداد، العراق.

❖ سعد عبد الرحمن، السلوك الإنساني، مكتبة الفلاح، الكويت، (1977).

❖ سليم مريم، علم نفس النمو، دار النهضة العربية، الطبعة الأولى، لبنان، (2002)، ص 510

❖ سليمان تكوك، (2014) التكافل النفسي بالمرآه الحامل المهددة بالإجهاض العفوي، دراسة ميدانية ثمانية حالات عيادية، مذكرة ماجستير تخصص علم النفس العيادي، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، كلية العلوم الاجتماعية، جامعه وهران.

❖ السيد فؤاد البهي، (1980)، تعريف الادراك الاجتماعي.

❖ طه فرج عبد القادر وابو النيل محمود السيد وقنديل شاكر عطيه ومحمد حسين عبد القادر وعبد الفتاح مصطفى كامل، ب.ت، معجم علم النفس والتحليل النفسي، ط 1بيروت دار النهضة العربية للطباعة والنشر.

❖ طهران، دراسة مدى تأثير الصحة المعنوية على الأمل والاستراتيجيات المواجهة في المرضى الذين يعانون في التصلب اللويحي، ب.ت.

❖ عبد اللطيف محمد خليفة (1997)، دراسات سيكولوجية المسنين، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

❖ عبد اللطيف محمد خليفة(2003)،دراسات في علم النفس الاجتماعي، المجلد الثالث، دار غريب، القاهرة.

❖ عبد المنعم شحاتة(2001)،أنا و الآخر، سيكولوجية العلاقات المتبادلة،ط1، ابتراك للنشر و التوزيع، القاهرة.

❖ محمود شمال حسن(2001)،سيكولوجية الفرد في المجتمع،ط،1دار الأفاق العربية، القاهرة، مصر.

❖ معتز سيد عبد الله،عبد اللطيف محمد خليفة(2001)،علم النفس الاجتماعي، دار غريب، القاهرة.

❖ معتز سيد عبد الله (1996)، بحوث في علم النفس الاجتماعي، والشخصية المجلد الأول دار الغريب، القاهرة.

❖ النحبجي، محمد لبيب، (1993)، فلسفة التربية القاهرة مكتبة أنجلو المصرية.

المراجع باللغات الأجنبية:

❖ Anxiété et dépression dans la sclérose en en plaque à propos d 100 patient tunisien

❖ Encyclopedia britannica cognition, retrieved on the 27th of August 2020 from.

❖ Eustache F. Langage vieillissement et démence in langage et aphasie. Eustache F et le cheval ERB SÉMINAIRE J.L SIGNORE BRUX 4 LES 2 BOX ÉDITION 1993.

❖ Jeanstoetzel. 1963 la psychologie sociale Flammarion editeur, paris

❖ Mark Cook, perceving others the psychologue of interpersonnel perception. Methuen ans co.london, great britain, 1979

❖ Patrick L, psychologie du vieillissement une perspecture cognitire, éditions de Boeck université, paris, 2005, p 39.

❖ Rousseau T. Communication et maladie d'Alzheimer Ed ortho, Paris 1995

❖ Sallal F. Kruczeke. Maladie d'Alzheimer collection conduite Paris 2001

الملاحق

استمارة استبيان

في إطار إنجاز مذكرة الماستر تحت عنوان :**الإدراك الاجتماعي للمسن المصاب بالمرض الانتكاسي والمسن السليم – دراسة مقارنة بمركز دار العجزة بولاية عين تموشنت**

إعداد الطالبتان:

حساين غزلان

سليمان مسعود أنفال

إشراف الأستاذ

د. زاوي أمال

نرجو منكم قراءة هذا الاستبيان بتمعن وروية ثم الإجابة عنها حسب رأيك الخاص كما نعلم سيادتكم أن المعلومات المقدمة من طرفكم لن تستخدم إلا لغرض البحث العلمي:

معلومات شخصية:

الاسم:

السن:

الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐

المستوى التعليمي:

الحالة الاجتماعية: أعزب(ة) ☐ مطلق(ة) ☐ متزوج(ة) ☐ أرمل(ة) ☐

عدد الوالد: ذكور : إناث:

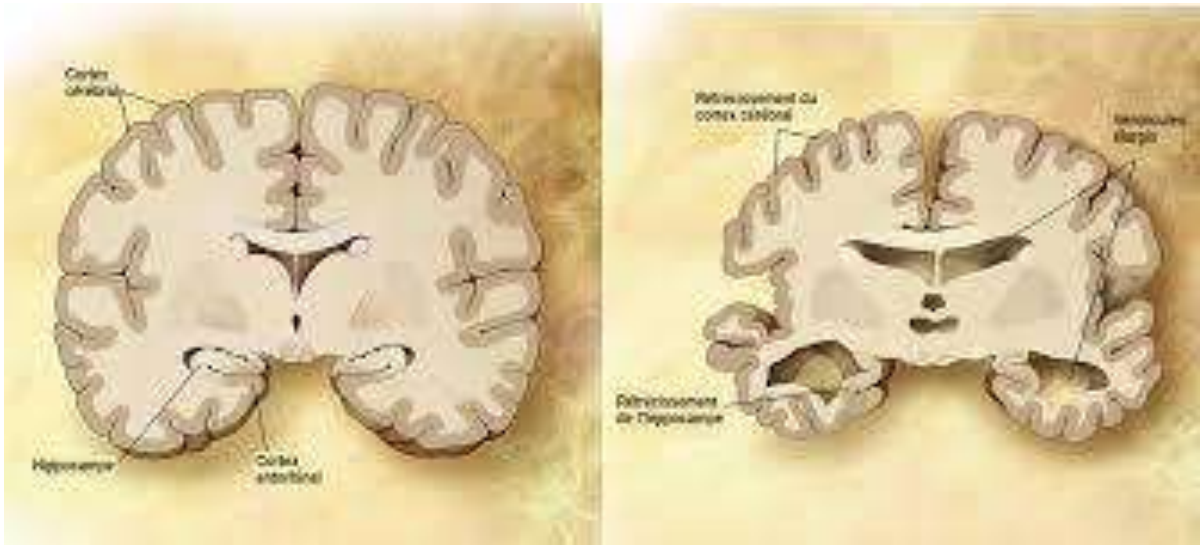
تاريخ الدخول إلى دار العجزة:

طريقة الدخول إلى دار العجزة: بطلب منك ☐ بطلب من غيرك ☐ سبب آخر ☐

مدة التواجد في دار العجزة:

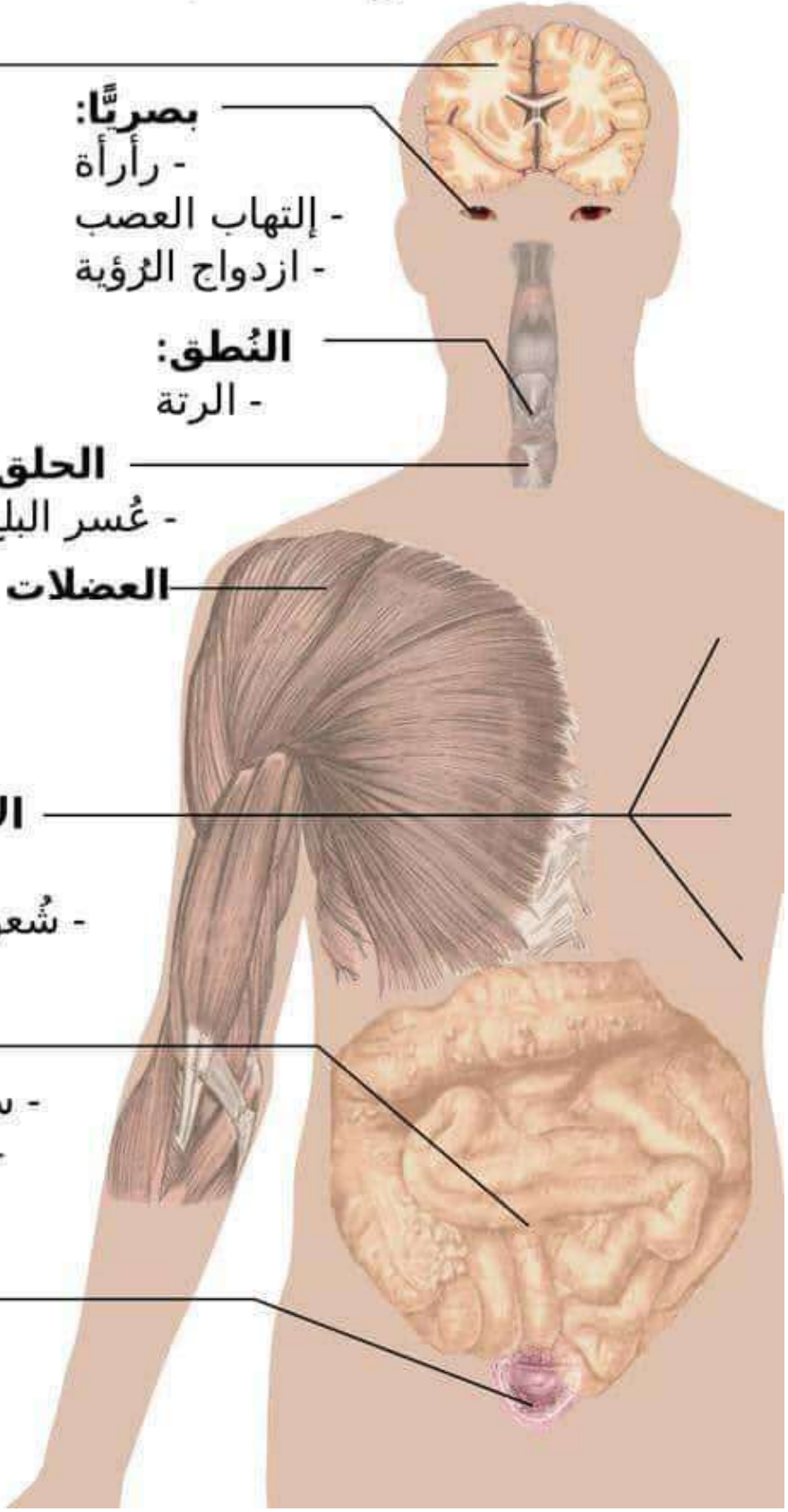
سبب التواجد في دار العجزة:

الرقم	العبارة	دائما	أحيانا	نادرا
01	أشعر بما يشعر به الأخرين في مختلف المواقف الاجتماعية			
02	أفضل الأشخاص الذين هم أكثر شبه بي			
03	لا أحب الأشخاص الذين تتشابه صفاتهم مع صفاتي			
04	أفضل الأشخاص الذين هم أكثر شبها بذاتي المثالية			
05	ابتعد عن الأشخاص الذين لا تتشابه صفاتهم معي			
06	ادرك الأشخاص الآخرين بصورة أفضل مما هم عليه فعلا			
07	كلما تقدم بي العمر أدرك ذاتي بشكل أفضل			
08	أشعر أن كثرة العلاقات الاجتماعية تزيد من إحساسي بالأخرين			
09	أدرك الأشخاص المفضلين لي بطريقة تختلف عن إدراك الأشخاص الآخرين لهم			
10	أكثر الناس شبها بي هم أصدقائي			
11	اعرف نفسي من خلال أراء الأشخاص المقربين لي			
12	أصف نفسي في ضوء فرد آخر أحبه أو معجب به			
13	أنسب صفاتي غير الطبية وأنماط سلوكي غير الحسنة إلى فرد أخر وأحبه			
14	أشعر أن الفرد الذي أحبه لو أفضله هو كثير الالتزام بالمعايير الاجتماعية			
15	أدرك الأشخاص الآخرين بصورة غير موضوعية			
16	أشعر إن الشخص الذي لا أحبه وأفضله هو عديم الشبه بذاتي المثالية			


Cortex cérébral
Hippocampe
Cortex entorhinal
Rétrécissement du cortex cérébral
Rétrécissement de l'hippocampe

العوارض الرئيسيَّة

لِلتصلب المُتعدِّد



عصبيًّا:
- إعياء
- نقيصة معرفيَّة
- اكتئاب
- مزاجٌ مُتقلِّب

بصريًّا:
- رأرأة
- إلتهاب العصب
- ازدواج الرُؤية

النُطق:
- الرتة

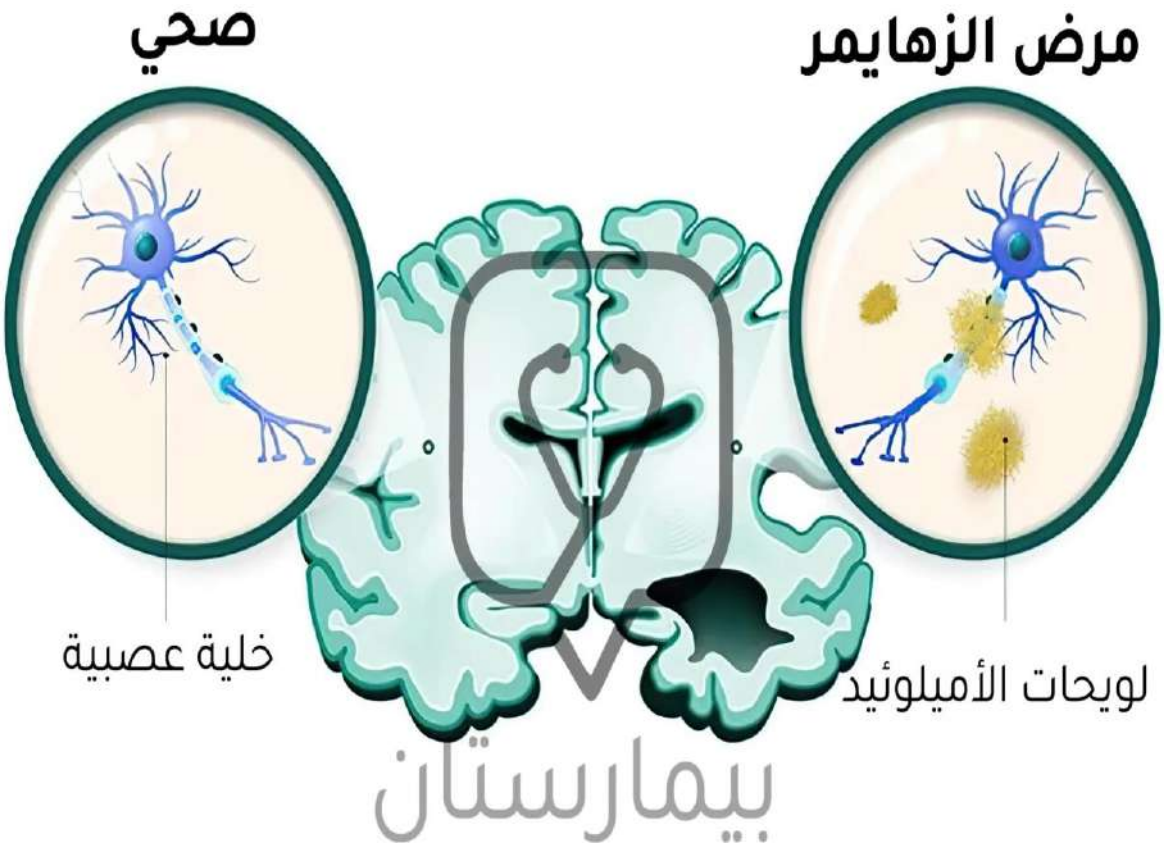
الحلق:
- عُسر البلع

العضلات والعظم:
- ضعف
- تشنُّجات
- رنح

الإحساس:
- آلام
- شُعورٌ بالعقص
- مذل

الأمعاء:
- سلس البول
- إسهال أو إمساك

البول:
- سلس البول
- كثرة التبوُّل أو قلته


صحي
مرض الزهايمر
خلية عصبية
لويحات الأميلوئيد
بيمارستان