

# رفيق الرعاية

العلاج الطبيعي لكبار السن في المنزل

دليل عملي شامل للأسر ومقدمي الرعاية

عبدالكريم بن محمد الدوسري

أخصائي علاج طبيعي مرخص

الطبعة الأولى

2025 م — 1446 هـ



## صفحة الحقوق والملكية الفكرية

رفيق الرعاية: العلاج الطبيعي لكبار السن في المنزل

دليل عملي شامل للأسر ومقدمي الرعاية

حقوق الطبع والنشر © 2025 — جميع الحقوق محفوظة

المؤلف: عبدالكريم بن محمد الدوسري — أخصائي علاج طبيعي مرخص

الطبعة الأولى: 2025 م / 1446 هـ

ISBN: [يُملأ بعد الحصول على الرقم]

رقم الإيداع في مكتبة الملك فهد الوطنية: [يُملأ بعد الإيداع]

تنبيه قانوني:

لا يُسمح بإعادة طباعة أي جزء من هذا الكتاب أو تخزينه في نظام استرجاع أو نقله بأي صورة أو وسيلة، إلكترونية كانت أو ميكانيكية، بما في ذلك التصوير أو التسجيل أو غير ذلك، دون إذن خطي مسبق من المؤلف، عدا الاقتباس القصير لأغراض البحث أو الدراسة مع ذكر المصدر.

## تنبيه طبي مهم:

المعلومات الواردة في هذا الكتاب مخصصة للتثقيف والتوجيه العام فقط، وليست بديلاً عن الاستشارة الطبية المتخصصة أو التشخيص أو العلاج. يُنصح دائماً باستشارة الطبيب أو أخصائي العلاج الطبيعي المرخص قبل البدء بأي برنامج تمارين أو تطبيق أي توصيات، خصوصاً لمن لديهم أمراض مزمنة أو تاريخ سقوط متكرر أو ضعف شديد عام.

## تنبيه سلامة:

اطلب المساعدة الطبية العاجلة عند حدوث ألم صدر شديد، أو ضيق نفس مفاجئ، أو أعراض جلطة دماغية، أو سقوط قوي مع ألم شديد أو عدم قدرة على الوقوف، أو شرقة شديدة واختناق، أو تدهور مفاجئ في الوعي.

## إخلاء مسؤولية:

المؤلف والناشر غير مسؤولين عن أي ضرر أو إصابة قد تنتج عن تطبيق المعلومات الواردة في هذا الكتاب دون تقييم طبي مناسب أو بطريقة غير آمنة.

## ملاحظة الخصوصية:

القصص والحالات الواردة مستوحاة من واقع خبرة المؤلف الميدانية، وقد تم تغيير الأسماء وبعض التفاصيل التي قد تكشف الهوية حفاظاً على خصوصية المرضى وأسرهم.

طُبِعَ في المملكة العربية السعودية

2025م

## الإهداء

---

### إلى والدي ووالديتي...

اللذين علّمني معنى الصبر والعطاء، وأدركت من خلاهما أن رعاية الوالدين ليست واجباً  
فحسب، بل شرفٌ وفرصةٌ عظيمةٌ للبر. هذا العمل ثمرته من غرسكما؛ فكل خطوةٍ في مهنتي  
تقف خلفها أيادي ربّتي، وقلوبٌ دعت، وعيونٌ سهرت. وأنا حين أتعامل مع كبار السن...  
أراهم بعين الابن الذي يتنى لوالديه الأمان والكرامة؛ فأجتهد قدر استطاعتي كأن كل كبير  
سنّ هو أحدكما.

### إلى إخوتي وأخواتي...

سندي بعد الله. أحمد الله على برّكم ورعايتكم لوالديّ رعايةً أفتخر بها، وأشهد أنكم في هذا  
الباب من المتفوقين الذين يُحتذى بهم. جزاكم الله عني خير الجزاء، وأدامكم الله لي ذخراً.

### إلى ابنتي نورة...

أسأل الله أن يحفظك لي، وأتمنى — بعد عمرٍ طويل — أن أجد فيكِ اليد الحانية إذا  
احتجّت للمساعدة يوماً.

---

إلى زملائي وزميلاتي في الطب الطبيعي والتأهيل...  
شكراً لأنكم كنتم الرفقة، والنقاش، والدافع. ومنكم تعلمت أن الفريق القوي يخفف الألم  
قبل أن يصف العلاج.

## نبذة عن المؤلف

عبدالكريم بن محمد الدوسري  
أخصائي علاج طبيعي مرخص

يمارس عمله السريري في المنطقة الجنوبية بالمملكة العربية السعودية، ويتنقل بين مراحل رحلة المريض كاملة: من التنويم داخل المستشفى، إلى العيادات الخارجية، وصولاً إلى زيارات الرعاية المنزلية. تمنحه هذه الخبرة فهماً عملياً لما يحدث بعد الخروج من المستشفى؛ حيث تظهر التحديات داخل البيت: الخوف من السقوط، إجهاد المرافق، والعوائق اليومية التي لا تُرى في العيادة.

عمل المؤلف مع كبار السن في حالات شائعة ومتقدمة تشمل خشونة المفاصل، اضطرابات التوازن، ما بعد الجلطات والكسور واستبدال المفاصل، طريحي الفراش، ومشاكل البلع ومخاطر الشقة. وخلال جائحة كورونا، عايش عن قرب تداخل الجانب البدني مع النفسي؛ لذلك يهتم في هذا الكتاب ليس فقط بما نفعله، بل أيضاً بكيف نقولها ونقنع كبير السن بالحركة بأمان وكرامة، وبطريقة تناسب بيئته وأسرته.

## اللجنة العلمية والمراجعون

---

تمت مراجعة هذا الكتاب من قبل مختصين لضمان دقة المحتوى وسلامة التوصيات، ويشكر المؤلف لهم وقتهم وخبرتهم:

تجمع\*afterheading[4] عسير الصحي – مستشفى الملك عبدالله بيشة (الرعاية الصحية المنزلية)

- د. سعد الحريزي – طبيب رعاية صحية منزلية: راجع تنبيهات السلامة الطبية وعلامات الخطر (الفصول 7، 9، 13).
- ناصر القحطاني – أخصائي تمريض: راجع سلامة الرعاية اليومية وإجراءات المتابعة المنزلية (الفصول 3، 8، 11).
- زهور العمري – أخصائية تمريض: راجع رعاية الجلد والوقاية من المضاعفات المنزلية (الفصول 3، 8، 11).
- هند الشهراني – فنية تمريض: راجع وضوح الإرشادات التطبيقية للأسرة ومقدم الرعاية (الفصول 3، 8، 11).

---

مركز\*afterheading[4] التأهيل الطبي (التخصصات التأهيلية)

- خالد شبلي — ماجستير علاج طبيعي: راجع المحتوى الحركي وبرامج التمارين والتوازن (الفصول 1، 4، 6، 7).
- سالم بن زقر — أخصائي علاج وظيفي: راجع الاستقلالية اليومية وتكييف البيئة والنقل الآمن (الفصول 2، 3، 10، 11).
- خالد المطيري — أخصائي أطراف صناعية وأجهزة مساعدة: راجع الأجهزة المساعدة للمشي وسلامة استخدامها (الفصل 5).

تجمع\*afterheading[4] عسير الصحي — مستشفى النقاة

- عبدالمؤمن أحمد صميلي — أخصائي علاج طبيعي (الرعاية المديدة والصحة النفسية): راجع محاور طريحي الفراش والوقاية من المضاعفات (الفصول 8، 10، 11).

مراجعة\*afterheading[4] نفسية-اجتماعية وقانونية

- يوسف محمد البيشي — أخصائي اجتماعي: راجع محاور الأسرة وضغط المرافق والتواصل (الفصل 10، وأجزاء من 2 و12).
- محمد ظافر العلياني — صيدلي إكلينيكي (الشؤون القانونية): راجع صفحة الحقوق، التنبيهات الطبية، وإخلاء المسؤولية.

ملاحظة: تمت المراجعة ضمن نطاق تخصص كل مراجع، بينما يتحمل المؤلف مسؤولية الصياغة النهائية للكتاب.

---

---

# المحتويات

---

vi	0.0.1
vii	0.0.2
vii	0.0.3
vii	0.0.4
xi	المقدمة
xi	0.1
xii	0.2
xii	0.3
xiii	0.4
1	1 كيف يتغيّر جسم كبير السن حركياً؟

---

2	. . . . .	1,1
2	. . . . .	1,2
3	. . . . .	1,2,1
3	. . . . .	1,2,2
3	. . . . .	1,2,3
4	. . . . .	1,3
5	. . . . .	1,3,1
5	. . . . .	1,3,2
6	. . . . .	1,4
6	. . . . .	1,4,1
6	. . . . .	1,4,2
7	. . . . .	1,4,3
8	. . . . .	1,5
8	. . . . .	1,5,1
9	. . . . .	1,5,2
9	. . . . .	1,6
10	. . . . .	1,6,1
10	. . . . .	1,6,2
11	. . . . .	1,7
12	. . . . .	1,8



---

16	.....	2.1
16	.....	2.2
17	.....	2.2.1
17	.....	2.2.2
18	.....	2.3
18	.....	2.3.1
19	.....	2.3.2
20	.....	2.3.3
21	.....	2.4
21	.....	2.4.1
21	.....	2.4.2
23	.....	2.5
23	.....	2.5.1
24	.....	2.5.2
25	.....	2.5.3
26	.....	2.6
26	.....	2.6.1
26	.....	2.6.2
27	.....	2.6.3
27	.....	2.7
27	.....	2.7.1
28	.....	2.7.2
29	.....	2.7.3
29	.....	2.8
30	.....	2.8.1
30	.....	2.8.2
30	.....	2.8.3
31	.....	2.9
32	.....	2.10



---

35	.....	3.1
36	.....	3.2
36	.....	3.3
37	.....	3.4
37	.....	3.4.1
38	.....	3.4.2
38	.....	3.4.3
39	.....	3.5
39	.....	3.5.1
39	.....	3.5.2
40	.....	3.6
40	.....	3.6.1
41	.....	3.6.2
41	.....	3.6.3
41	.....	3.7
42	.....	3.7.1
42	.....	3.8
43	.....	3.8.1
43	.....	3.8.2
43	.....	3.9
44	.....	3.9.1
44	.....	3.9.2
44	.....	3.9.3
44	.....	3.9.4
45	.....	3.10
45	.....	3.10.1
46	.....	3.11
46	.....	3.12
47	..... — xiv — .....	3.12.1
47	.....	3.13
48	.....	3.14



---

49	.....	4.1
52	.....	4.2
52	.....	4.2.1
53	.....	4.2.2
53	.....	4.2.3
54	.....	4.3
54	.....	4.3.1
54	.....	4.3.2
55	.....	4.3.3
55	.....	4.3.4
56	.....	4.4
56	.....	4.4.1
58	.....	4.4.2
59	.....	4.5
59	.....	4.5.1
60	.....	4.5.2
61	.....	4.5.3
62	.....	4.5.4
63	.....	4.6
63	.....	4.6.1
64	.....	4.6.2
65	.....	4.6.3
65	.....	4.6.4
66	.....	4.7
66	.....	4.7.1
67	.....	4.7.2
67	.....	4.7.3
68	.....	4.7.4
68	..... — xvi — .....	4.8
69	.....	4.9
71	.....	4.10



---

74	.....	5.1
74	.....	5.2
75	.....	5.2.1
75	.....	5.2.2
76	.....	5.2.3
76	.....	5.3
77	.....	5.4
78	.....	5.5
78	.....	5.5.1
79	.....	5.5.2
79	.....	5.5.3
80	.....	5.5.4
80	.....	5.5.5
81	.....	5.6
81	.....	5.6.1
82	.....	5.6.2
82	.....	5.6.3
82	.....	5.6.4
83	.....	5.7
83	.....	5.7.1
84	.....	5.7.2
84	.....	5.7.3
85	.....	5.8
86	.....	5.9
87	.....	5.10
87	.....	5.10.1
88	.....	5.10.2
88	.....	5.10.3
88	..... — xviii — .....	5.11
89	.....	5.12



---

94	.....	6.1
94	.....	6.2
95	.....	6.3
96	.....	6.3.1
96	.....	6.3.2
97	.....	6.4
97	.....	6.4.1
98	.....	6.4.2
98	.....	6.4.3
98	.....	6.4.4
99	.....	6.5
99	.....	6.6
100	.....	6.6.1
100	.....	6.6.2
101	.....	6.7
101	.....	6.7.1
101	.....	6.7.2
102	.....	6.7.3
103	.....	6.8
103	.....	6.8.1
103	.....	6.8.2
103	.....	6.8.3
104	.....	6.9
104	.....	6.9.1
105	.....	6.9.2
105	.....	6.10
106	.....	6.10.1
106	.....	6.10.2
106	..... — xx, —	6.10.3
107	.....	6.11
107	.....	6.11.1

115	7 كيف نميّز الطبيعي من الخطر؟
116 . . . . .	7.1
116 . . . . .	7.2
117 . . . . .	7.3
117 . . . . .	7.3.1
117 . . . . .	7.3.2
118 . . . . .	7.3.3
118 . . . . .	7.4
118 . . . . .	7.4.1
119 . . . . .	7.4.2
119 . . . . .	7.4.3
119 . . . . .	7.5
119 . . . . .	7.5.1
120 . . . . .	7.5.2
120 . . . . .	7.5.3
120 . . . . .	7.5.4
120 . . . . .	7.6
121 . . . . .	7.6.1
121 . . . . .	7.6.2
121 . . . . .	7.6.3
122 . . . . .	7.7
123 . . . . .	7.8
123 . . . . .	7.9

125

## 8 الحركة كدواء آمن

125 . . . . .	8.0.1
126 . . . . .	8.1
127 . . . . .	8.2
127 . . . . .	8.3
128 . . . . .	8.3.1
128 . . . . .	8.4
129 . . . . .	8.4.1
129 . . . . .	8.4.2
130 . . . . .	8.5
130 . . . . .	8.5.1
131 . . . . .	8.5.2
131 . . . . .	8.6
132 . . . . .	8.6.1
132 . . . . .	8.7
133 . . . . .	8.8

135

## 9 كيف نحمي الحركة في البيت؟



---

145 . . . . .	10.0.1
146 . . . . .	10.1
147 . . . . .	10.2
147 . . . . .	10.2.1
147 . . . . .	10.3
148 . . . . .	10.3.1
148 . . . . .	10.3.2
148 . . . . .	10.3.3
149 . . . . .	10.4
149 . . . . .	10.4.1
149 . . . . .	10.4.2
150 . . . . .	10.4.3
150 . . . . .	10.5
150 . . . . .	10.5.1
151 . . . . .	10.5.2
151 . . . . .	10.6
151 . . . . .	10.6.1
151 . . . . .	10.6.2
152 . . . . .	10.7
153 . . . . .	10.8
153 . . . . .	10.9

- 157 . . . . . 11.1
- 158 . . . . . 11.2
- 158 . . . . . 11.3
- 159 . . . . . 11.3.1
- 160 . . . . . 11.4
- 161 . . . . . 11.5
- 162 . . . . . 11.6
- 162 . . . . . 11.7
- 163 . . . . . 11.8

- 166 . . . . . 12.1
- 167 . . . . . 12.2
- 167 . . . . . 12.3
- 168 . . . . . 12.4
- 169 . . . . . 12.5

---

172 . . . . .	13.1
172 . . . . .	13.2
173 . . . . .	13.3
173 . . . . .	13.4
174 . . . . .	13.4.1
174 . . . . .	13.4.2
175 . . . . .	13.4.3
175 . . . . .	13.5
176 . . . . .	13.5.1
176 . . . . .	13.6
177 . . . . .	13.6.1
177 . . . . .	13.7
178 . . . . .	13.7.1
179 . . . . .	13.8
179 . . . . .	13.9
180 . . . . .	13.10

183                      14 طريق الفراش — العناية الحركية والوقاية من المضاعفات

---

184 . . . . .	14.1
184 . . . . .	14.2
185 . . . . .	14.3
185 . . . . .	14.3.1
185 . . . . .	14.3.2
186 . . . . .	14.3.3
187 . . . . .	14.3.4
188 . . . . .	14.3.5
188 . . . . .	14.4
189 . . . . .	14.4.1
189 . . . . .	14.4.2
190 . . . . .	14.4.3
191 . . . . .	14.4.4
192 . . . . .	14.5
193 . . . . .	14.6
193 . . . . .	14.6.1
193 . . . . .	14.6.2
193 . . . . .	14.6.3
194 . . . . .	14.6.4
194 . . . . .	14.7
194 . . . . .	14.7.1
194 . . . . .	14.7.2
196 . . . . .	14.8
196 . . . . .	14.8.1
197 . . . . .	14.8.2
197 . . . . .	14.9
197 . . . . .	14.9.1
198 . . . . .	14.9.2
198 . . . . .	14.10
199 . . . . .	14.10.1
199 . . . . .	14.10.2



---

206 . . . . .	15.1
207 . . . . .	15.2
208 . . . . .	15.3
208 . . . . .	15.3.1
208 . . . . .	15.3.2
209 . . . . .	15.3.3
210 . . . . .	15.3.4
210 . . . . .	15.4
211 . . . . .	15.4.1
211 . . . . .	15.4.2
213 . . . . .	15.4.3
214 . . . . .	15.4.4
215 . . . . .	15.5
215 . . . . .	15.5.1
216 . . . . .	15.5.2
216 . . . . .	15.5.3
217 . . . . .	15.5.4
218 . . . . .	15.6
218 . . . . .	15.6.1
219 . . . . .	15.6.2
220 . . . . .	15.6.3
221 . . . . .	15.7
221 . . . . .	15.7.1
222 . . . . .	15.7.2
222 . . . . .	15.7.3
222 . . . . .	15.8
224 . . . . .	15.9

227

## 16 الأجهزة المساندة والجباثر من منظور عملي

227 . . . . .	16.1
228 . . . . .	16.2
228 . . . . .	16.3
228 . . . . .	16.3.1
229 . . . . .	16.3.2
230 . . . . .	16.3.3
230 . . . . .	16.3.4
231 . . . . .	16.4
231 . . . . .	16.5
232 . . . . .	16.5.1
232 . . . . .	16.5.2
232 . . . . .	16.5.3
233 . . . . .	16.5.4
233 . . . . .	16.6
233 . . . . .	16.7
234 . . . . .	16.8
235 . . . . .	16.9
235 . . . . .	16.10

237

## 17 المضاعفات عندما تحدث — خطة التعامل بعد وقوع المشكلة

---

238 . . . . .	17.1
238 . . . . .	17.2
239 . . . . .	17.3
239 . . . . .	17.3.1
239 . . . . .	17.3.2
240 . . . . .	17.3.3
240 . . . . .	17.3.4
240 . . . . .	17.3.5
240 . . . . .	17.4
241 . . . . .	17.4.1
241 . . . . .	17.4.2
241 . . . . .	17.4.3
241 . . . . .	17.4.4
242 . . . . .	17.5
242 . . . . .	17.5.1
242 . . . . .	17.5.2
243 . . . . .	17.5.3
243 . . . . .	17.6
243 . . . . .	17.6.1
243 . . . . .	17.6.2
244 . . . . .	17.6.3
244 . . . . .	17.7
244 . . . . .	17.8
245 . . . . .	17.9

247	18 المرافق الذكي لكبير السن — مهارات الرعاية بدون إيذاء
248 . . . . .	18.1
248 . . . . .	18.2
249 . . . . .	18.3
249 . . . . .	18.3.1
249 . . . . .	18.3.2
249 . . . . .	18.3.3
250 . . . . .	18.4
250 . . . . .	18.5
250 . . . . .	18.5.1
251 . . . . .	18.5.2
251 . . . . .	18.6
252 . . . . .	18.7
252 . . . . .	18.7.1
252 . . . . .	18.7.2
252 . . . . .	18.7.3
253 . . . . .	18.8
253 . . . . .	18.9
254 . . . . .	18.10
255	خاتمة

---

255 . . . . .	18.11
255 . . . . .	18.11.1
256 . . . . .	18.11.2
257 . . . . .	18.11.3
257 . . . . .	18.11.4
258 . . . . .	18.11.5
258 . . . . .	18.11.6
259 . . . . .	18.11.7

261

مسرّد المصطلحات الطبية

---

261 . . . . .	18.12
262 . . . . .	18.13
263 . . . . .	18.14
263 . . . . .	18.15
264 . . . . .	18.16
264 . . . . .	18.17
265 . . . . .	18.18
265 . . . . .	18.19
266 . . . . .	18.20
266 . . . . .	18.21
267 . . . . .	18.22
267 . . . . .	18.23
268 . . . . .	18.24
268 . . . . .	18.25
269 . . . . .	18.26
269 . . . . .	18.27
270 . . . . .	18.28
270 . . . . .	18.29
271 . . . . .	18.30
271 . . . . .	18.31
272 . . . . .	18.32

---

# المقدمة

---

بسم الله الرحمن الرحيم

إلى كل أسرة تحمل على كاهلها رعاية أحبائها من كبار السن... هذا الكتاب لكم.



---

لماذا\*afterheading[4] كتبت هذا الكتاب؟

لأنني رأيت نفس السؤال يتكرر في بيوت كثيرة: "وش نسوي الآن؟" أسرة محبة تريد الخير، لكنها قد تمنع كبير السن من الحركة خوفاً عليه، أو تنقله بطريقة خاطئة نتعبه ونثعب المرافق. المشكلة غالباً ليست نقص حب، بل نقص معرفة عملية بلغة البيت.



---

ماذا\*afterheading[4] ستجد هنا؟

هذا الكتاب يحوّل العلاج الطبيعي من مصطلحات معقدة إلى خطوات بسيطة وواضحة: كيف تلاحظ حالة كبير السن في البيت، كيف تنقل بأمان، كيف تقلل خطر السقوط، كيف تختار جهاز المساعدة، كيف تصمم برنامج تمارين منزلي واقعي، وكيف نتعامل مع قرح الفراش والشرقة وغيرها من المشاكل الشائعة.



---

ملاحظة\*afterheading[4]

قد تلاحظ أن الأسلوب يتراوح بين الفصحى ولهجة بيضاء قريية من كلام الناس. هذا مقصود لتقريب المعنى في القصص والأمثلة، بينما التعليمات والتنبهات تُكتب بوضوح وضبط أعلى. أنا لست أديباً ولا نحوياً، وحديث تجربة في إخراج الكتب التعليمية، لكن المقصد هو الفائدة وسهولة التطبيق.



---

تنبيه\*afterheading[4]

هذا الكتاب للتثقيف ولا يغني عن الطبيب أو المختص. وفي حالات الخطر أو التدهور المفاجئ، الأولوية دائماً للسلامة وطلب المساعدة الطبية فوراً.

أسأل الله أن يجعل هذا العمل نافعاً، وأن يعين كل مقدم رعاية على هذا الشرف العظيم.

عبدالكريم بن محمد الدوسري

---

---

# 1

---

## كيف يتغيّر جسم كبير السن حركياً؟

---

■ من تجاربي: "غالباً أجد الأب يجلس على كرسي الصلاة ولا ينهض إلا بمساعدة ابنه، ويشعر بالإحراج من طلب المساعدة في كل مرة."



---

#### المقدمة\*afterheading[4]

أذكر زيارتي الأولى لأحد المرضى في محافظة بيشه. كان الابن قلقاً: "أبوي صار بطيئاً في الحركة، ويحتاج مساعدة للقيام من الكرسي...هل هذا طبيعي؟ أم هناك مشكلة؟" سألته كم عمر والده، قال ثمانين سنة. طمأنته: "ما يحصل لوالدك طبيعي، لكنه ليس حتماً."

هذا السؤال يتكرر معي كثيراً. كثير من العائلات تظن أن التباطؤ في الحركة مع التقدم بالعمر شيء "عادي" لا يمكن فعل شيء حياله. الحقيقة أن فهم لماذا تحدث هذه التغيرات يساعدنا على التعامل معها بذكاء وواقعية.

في هذا الفصل، سأشارك معك ما تعلمته من سنوات عملي في الرعاية المنزلية: كيف يتغير الجسم حركياً مع التقدم بالعمر، وكيف تنعكس هذه التغيرات على الحياة اليومية داخل البيت. كل فكرة علمية سأربطها بسيناريو حقيقي - القيام من الكرسي، الصلاة، دخول الحمام - لأن المعرفة النظرية وحدها لا تكفي، بل نحتاج فهماً عملياً يخدمنا في الواقع.



---

ضعف\*afterheading[4] العضلات المرتبط بالعمر: ما هو وماذا يعني لنا؟

## التعريف\*afterheading[4] العلي المبسط

مع التقدم في العمر، يبدأ الجسم بفقدان الكتلة العضلية والقوة بشكل تدريجي – وهي حالة يسميها العلماء "الساركوبينيا" (Sarcopenia). من الدراسات العلمية نعرف أن هذا التغيير يبدأ عادةً بعد سن الخمسين، ويتسارع بعد السبعين. والأرقام قد تكون صادمة: الشخص قليل الحركة قد يفقد نصف قوته العضلية بحلول الثمانين مقارنةً بأيام شبابه [1][2]. لكن دعني أوضح شيئاً مهماً: هذا لا يعني أن كل كبار السن ضعفاء. بل يعني أن الجسم يميل طبيعياً نحو فقدان العضلات ما لم نعمل على الحفاظ عليها.

## لماذا\*afterheading[4] يحدث هذا؟

من واقع متابعتي للمرضى، لاحظت أن العوامل الرئيسية هي:

- قلة الحركة: الجسم يعمل بمبدأ "استخدمه أو افقده" - كلما قلت الحركة، ضمرت العضلات
- التغيرات الهرمونية: بعض الهرمونات المهمة لبناء العضلات تقل مع العمر
- تراجع التغذية: الكثير من كبار السن يأكلون أقل، وخاصة البروتين
- الأمراض المزمنة: السكري، أمراض القلب، والالتهابات المزمنة كلها تؤثر على صحة العضلات [3]

## كيف\*afterheading[4] يظهر هذا عملياً في المنزل؟

دعني أشارك معك السيناريوهات الأكثر شيوعاً التي أراها:

### السيناريو الأول: القيام من الكرسي

أذكر رجل في السبعين من عمره. في أول زيارة، لاحظت أنه يدفع بقوة على مساند الكرسي بكلا يديه، ووجهه يحمرّ من الجهد، ليقوم. هذا يحدث لأن عضلات الفخذين (Quadriceps) والمقعدة (Gluteus) أصبحت أضعف من أن ترفع وزن جسمه بسهولة.

قلت لابنه: "انتبه لهذا - عندما يحتاج والدك لدعم يديه للنهوض، فهذا مؤشر على ضعف في عضلات الأطراف السفلية. لكن الخبر السار: نستطيع تحسين هذا بتمارين بسيطة."

### ■ السيناريو الثاني: الصلاة

كثير من كبار السن يفضلون الصلاة على كرسي، وأحياناً تظن العائلة أن هذا "تكاسل". في الواقع، الانتقال من الجلوس بعد التشهد إلى الوقوف يتطلب قوة هائلة من عضلات الركبتين والوركين. بعضهم فعلاً لا يستطيع النهوض من الجلسة الأرضية دون مساعدة - وهذا ليس ضعفاً في الإيمان، بل واقع جسدي يحتاج منا الفهم والدعم.

### ■ السيناريو الثالث: صعود الدرج

صعود درجة واحدة يتطلب قوة تعادل تقريباً وزن الجسم كاملاً من رجل واحدة. مع ضعف العضلات، يصبح الصعود بطيئاً ومتعباً، وقد يحتاج كبار السن للتوقف عدة مرات أو الاعتماد على الدرابزين بشكل كامل.

### ■ نصيحة من الميدان:

أقولها دائماً للعائلات: "القوة تُبنى بالتدريج، وكل محاولة للقيام من الكرسي هي تمرين صغير يحفظ استقلاليته."

✓ حيلة بسيطة تعلمتها من الخبرة: رفع ارتفاع الكرسي بوسادة صلبة أو تعديل ارتفاعه يقلل المجهود المطلوب للنهوض بشكل ملحوظ. هذا التعديل البسيط أعاد لكثير من مرضاي القدرة على النهوض بأنفسهم دون مساعدة - وهم كانت فرحتهم (وفرحة عائلاتهم) كبيرة!



ماذا\*afterheading[4] يحدث للمفاصل مع التقدم بالعمر؟

مع السنوات، يقل إنتاج السائل الزليلي (Synovial Fluid) الذي يزيّث المفاصل، وتصبح الغضاريف أقل مرونة. النتيجة: حركة المفاصل تصبح أضيق نطاقاً وأكثر تيبساً، خاصةً في الصباح أو بعد الجلوس الطويل [4].

في زيارتي الصباحية، كثيراً ما أسمع: "أول ما أقوم من النوم جسمي كله متخشّب، لكن بعد ما أتحرك قليلاً يتحسن." هذا تماماً ما يحدث - المفاصل تحتاج "تسخين" للعمل بشكل أفضل.

المفاصل الأكثر تأثراً:

- مفصل الورك (Hip) يقلل قدرة الشخص على الانحناء للأمام أو الجلوس بوضعية منخفضة
- مفصل الركبة (Knee) يصعب الجلوس والقيام، وقد يسبب ألماً عند المشي
- مفصل الكاحل (Ankle) يقلل طول الخطوة ويزيد خطر التعثر
- العمود الفقري: يقلل قدرة الانحناء والالتفاف

الأثر\*afterheading[4] على الحركة اليومية

دخول الحمام:

عائلة اتصلت بي قلقلة لأن والدهم رفض استخدام الحمام العربي (الأرضي) فجأة. عند الزيارة، اكتشفت أن ركبتيه لا تنثني بالشكل الكافي للجلوس القرفصاء. الحل كان بسيطاً: كرسي حمام مرتفع. لكن الأهم من الحل هو فهم أن المشكلة جسدية وليست عناداً.

ارتداء الملابس:

لبس الجوارب أو الحذاء يتطلب ثني الورك والوصول للقدم - حركة قد تصبح صعبة أو مؤلمة مع تيبس المفاصل. بعض الأدوات البسيطة (مثل عصا ارتداء الجوارب) تحل المشكلة تماماً.

## الالتفات للخلف:

لاحظت أن بعض كبار السن يلتفون بكامل جسمهم بدلاً من إدارة رقبتهم فقط. السبب: تيّس في العمود الفقري العنقي. هذا طبيعي، لكن يجب الانتباه له خاصة عند القيادة أو المشي في أماكن مزدحمة.



بطء\*afterheading[4] ردود الأفعال وأثره على التوازن

## التغيرات\*afterheading[4] في الجهاز العصبي

من أكثر الأشياء التي تثير قلق العائلات: ”أبوي صار ما يمسك نفسه لو تعثر.“ هذا له تفسير علمي واضح.

مع التقدم بالعمر، تباطأ سرعة نقل الإشارات العصبية من الدماغ إلى العضلات، وتقل حساسية الأنظمة الحسية المسؤولة عن التوازن [5]. النتيجة: كبير السن يحتاج وقتاً أطول لاكتشاف أنه بدأ يفقد توازنه، ووقتاً إضافياً لتحريك عضلاته لتصحيح الوضع.

## الأنظمة\*afterheading[4] الثلاثة المسؤولة عن التوازن

التوازن ليس شيئاً واحداً، بل نتيجة تعاون ثلاثة أنظمة [6]:

1. النظام البصري: (Vision)

- يساعدنا على تحديد وضعية الجسم في الفراغ
- يضعف مع العمر بسبب إعتام العدسة أو ضعف النظر الليلي

## 2. النظام الدهليزي (Vestibular System):

- موجود في الأذن الداخلية، يستشعر الحركة واتجاه الجاذبية
- يفقد بعض خلاياه الحسية مع التقدم بالعمر

## 3. الإحساس العميق (Proprioception):

- نهايات عصبية في العضلات والمفاصل تنقل إحساسنا بوضع الأطراف
- يضعف خاصة في القدمين، وقد يتفاقم لدى مرضى السكري

متى\*afterheading [4] يظهر هذا البطء؟

عند التعثر:

شاب في العشرين يتعثر بشيء، جسمه تلقائياً يمد يده أو يأخذ خطوة سريعة - كل هذا يحدث في جزء من الثانية. كبير السن قد يشعر بالتعثر، لكن عضلاته لا تستجيب بنفس السرعة، فيقع [7].

في الظلام:

كثيراً ما أحذر العائلات: "لا تتركوا والدكم يمشي للحمام ليلاً بدون إضاءة كافية." السبب بسيط: نظامه البصري الضعيف لا يرى العوائق، والأنظمة الأخرى لا تعوّض بالسرعة الكافية.

على الأسطح غير المستوية:

أرضية مبللة، سجادة غير مثبتة، عتبة باب - كلها تتطلب تعديلات سريعة من الجسم. بطء ردود الأفعال يجعل هذا التعديل متأخراً.

خطأ شائع أحذر منه

كثير من العائلات تربط كل بطء في الحركة بـ "مرض جديد" وتبدأ رحلة المستشفيات والتحاليل. أحياناً يكون السبب ببساطة قلة الحركة اليومية - وليس مرضاً جديداً.

الجسم يحتاج للحركة المنتظمة ليحافظ على سرعته ومرونته. من واقع خبرتي: مريض يجلس طول اليوم سيصبح أبطأ حتى لو كان صحيحاً. ومريض يتحرك بانتظام (حتى لو بسيط) يحتفظ بوظائفه أفضل بكثير.



---

## الأمراض\*afterheading[4] المزمنة وتأثيرها على القدرة الحركية

### الأمراض\*afterheading[4] الأكثر تأثيراً على الحركة

في سنوات عملي، رأيت كيف تضيف الأمراض المزمنة طبقة إضافية من التحديات:

#### 1. داء السكري (Diabetes)

أذكر مريضاً في الستين من عمره، مصاب بالسكري منذ عشرين سنة. عندما فحصت قدميه، وجدته لا يشعر بلهسي لأصابع قدميه. هذا قد يشير إلى اعتلال الأعصاب الطرفية (Peripheral Neuropathy) - يفقد المريض إحساسه بالقدمين، مما يزيد خطر السقوط بشكل كبير [8].

#### 2. خشونة المفاصل (Osteoarthritis)

الأم المزمن في الركبتين والوركين يجعل الحركة مؤلمة، فيفضل الشخص الجلوس طول اليوم. المشكلة: قلة الحركة تزيد التيبس في دائرة مفرغة. أحاول دائماً كسر هذه الدائرة بتمارين لطيفة ومتدرجة.

#### 3. أمراض القلب وارتفاع الضغط:

بعض المرضى يشكون من دوخة عند القيام من الجلوس. هذا قد يكون انخفاض ضغط الدم الوضعي (Orthostatic Hypotension) - الضغط ينخفض فجأة عند الوقوف، فيشعر بالدوار [9]. أنصحهم: "قم ببطء، اجلس ثواني على طرف السرير قبل الوقوف."

#### 4. مرض باركنسون (Parkinson's Disease):

هذا من أصعب الحالات حركياً. المريض يعاني من بطء شديد، تيبس، واضطراب توازن. أحياناً تتجمد قدمه فجأة أثناء المشي. يحتاج متابعة دقيقة.

#### 5. بعد السكتة الدماغية: (Stroke)

ضعف في جانب واحد من الجسم يجعل التوازن هشاً جداً. لكن الإرادة التي أراها في هؤلاء المرضى تذهلني - ومع العلاج الصحيح، كثير منهم استعادوا جزءاً كبيراً من وظائفهم.

كيف\*afterheading[4] نفرق بين "قلة اللياقة" و"العجز الوظيفي"؟

العجز الوظيفي	قلة اللياقة
لا يستطيع القيام بالمهمة حتى لو حاول	يستطيع القيام بالمهمة لكن بتعب أو بطء
يحتاج تدخلاً طبياً أو علاجياً متخصصاً	يتحسن مع التمارين المنتظمة خلال أسابيع
مثال: لا يستطيع الوقوف أصلاً دون مساعدة	مثال: يمشي 10 أمتار ثم يتعب



ماذا\*afterheading[4] تعني هذه التغيرات للأسرة عملياً؟

توقعات\*afterheading[4] واقعية

بعد مئات الزيارات، أهم نصيحة أقولها للعائلات:

الوقت:

الحركة التي كانت تأخذ 30 ثانية قد تأخذ الآن دقيقتين أو ثلاث. هذا ليس "تباطؤاً متعمداً"، بل واقع جسدي. الصبر هنا ليس فضيلة فقط - بل ضرورة.

المساعدة:

قد يحتاج كبير السن يداً للنهوض، أو عصا للمشي، أو كرسيّاً في الحمام. أقول للعائلات: "هذا ليس ضعفاً أو استسلاماً - بل استخدام ذكي للأدوات المتاحة للحفاظ على أكبر قدر من الاستقلالية."

السلامة أولاً:

التسرع في الحركة قد يكون خطيراً. من الأفضل أن يأخذ والدك دقيقتين للنهوض ببطء وأمان، بدلاً من التسرع والسقوط. السقطة الواحدة قد تغير كل شيء.

دور\*afterheading[4] الأسرة الداعم

1. التعديلات البيئية:

- رفع ارتفاع الكراسي والمرحاض (أحياناً 5 سم فرق كبيراً)
- تثبيت مقابض في الحمام والممرات
- إزالة العوائق من طرق المشي
- إضاءة ليلية كافية

2. التشجيع على الحركة المنتظمة:

أقولها دائماً: "الحركة دواء، والجلوس الطويل داء."

- المشي اليومي ولو لمسافات قصيرة (حتى داخل البيت)
- تمارين خفيفة للحفاظ على القوة (سنتناولها في فصول قادمة)

— عدم السماح بالجلوس الطويل دون حركة (قم كل ساعة ولو لدقيقة)

### 3. الصبر والطمأنينة:

موقف أثر فيّ: أب في الثمانين كان يعتذر لابنه : ”آسف يا ولدي، أعرف إنني صرت ثقيل عليك...”

تدخلت وقلت: ”انت عشت ثمانين سنة تخدم نفسك واولادك. الآن دورهم - وليس عبثاً، بل شرف.“ تأثرنا جميعاً.

أحياناً الكلمة الطيبة والصبر أقوى من أي علاج طبيعي.

### رسالة طمأنينة

إذا كنت تقرأ هذا الفصل وتشعر بالقلق على والديك أو أحد أحبائك، دعني أطمئنك:

التغيرات الحركية مع التقدم بالعمر طبيعية، لكنها ليست حتمية أو نهائية. رأيت بعيني رجالاً ونساءً في السبعينات والثمانينات استطاعوا تحسين قوتهم وتوازنهم بالتمارين المنتظمة والدعم المناسب.

دورك كمقدم رعاية هو فهم هذه التغيرات، وليس الاستسلام لها. المعرفة قوة - معي في هذا الكتاب ان شاء الله سوف تعرف.



### خلاصة\*afterheading [4] الفصل

التغيرات الحركية مع التقدم بالعمر قابلة للفهم والتعامل معها بواقعية:

**ضعف العضلات (Sarcopenia)** يبدأ بعد الخمسين ويتسارع مع قلة الحركة - الحل في النشاط المنتظم والتمارين الآمنة

---

تبيّن المفاصل يقلل نطاق الحركة ويؤثر على الأنشطة اليومية - التعديلات البيئية البسيطة  
تصنع فرقاً كبيراً

بطء ردود الأفعال يزيد خطر السقوط خاصة في الظلام أو على الأسطح غير المستوية -  
الإضاءة الجيدة والحذر ضروريان  
الأمراض المزمنة تضيف تحديات إضافية - المتابعة الطبية المنتظمة وضبط الأمراض مهم  
جداً

الصبر والتكيف من الأسرة يحدث فرقاً هائلاً في حياة كبير السن وكرامته  
تذكر: الهدف ليس "العودة لسن العشرين"، بل الحفاظ على أقصى قدر من الاستقلالية  
والأمان والكرامة في الحياة اليومية.  
في الفصل التالي، سأشرح كيف تقرأ حالة المريض في البيت بعين أخصائي علاج طبيعي  
- ستصبح قادراً على ملاحظة التغيرات المهمة قبل أن تتفاقم.



---

المراجع\*afterheading[4] العلمية

European Revised Sarcopenia: .(2019) al. et J., A. Cruz-Jentoft, [1]  
Ageing, and Age diagnosis. and definition on consensus  
16-31 , (1)48  
<https://doi.org/10.1093/ageing/afy169>

distribution and mass muscle Skeletal .(2000) al. et I., Janssen, [2]  
Physiology, Applied of Journal yr. 18-88 aged women and men 468 in  
81-88 , (1)89

A Sarcopenia: of Outcomes Health .(2017) al. et C., Beaudart, [3]  
e0169548. , (1)12 ONE, PLOS Meta-Analysis. and Review Systematic  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169548>

- 
- osteoarthritis is Why .(2010) F. R. Loeser, & A., Anderson, Shane [4]  
 Rheumatology, Clinical Research & Practice Best disease? age-related an  
<https://doi.org/10.1016/j.berh.2009.08.006> .15-26 ,(1)24
- aging: and control Motor .(2010) al. et D., R. Seidler, [5]  
 biochemical and functional, structural, brain age-related to Links  
 .721-733 ,(5)34 Reviews, Biobehavioral & Neuroscience effects.  
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.10.005>
- human for integration Sensory .(2018) J. R. Peterka, [6]  
 .27-42 ,159 Neurology, Clinical of Handbook control. balance  
<https://doi.org/10.1016/B978-0-444-63916-5.00002-1>
- falling: of physiology The .(2005) L. D. Sturnieks, & R., S. Lord, [7]  
 Science of Journal people. older for strategies prevention and assessment  
 .35-42 ,(1)8 Sport, in Medicine and
- often- an neuropathy: Peripheral .(2004) al. et K., J. Richardson, [8]  
 ,(6)99 Medicine, Postgraduate elderly. the in falls of cause overlooked  
 .161-172
- JACC Hypotension: Orthostatic .(2011) al. et R., Freeman, [9]  
 Cardiology, of College American the of Journal Review. State-of-the-Art  
<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.05.079> .1294-1309 ,(11)72
- ملاحظة: جميع القصص الواردة في هذا الكتاب حقيقية، لكن تم تغيير الأسماء والتفاصيل  
 الشخصية للحفاظ على خصوصية المرضى.

---

---

# 2

---

## قراءة حالة المريض في البيت بعين أخصائي علاج طبيعي

---

■ من تجاربي: "العين هي أقوى جهاز تقييم. الأرقام والتحليل مهمة، لكن ملاحظاتكم اليومية أهم. لذلك سجلوا ما تلاحظون."



---

#### المقدمة\*afterheading[4]

أذكر زيارة لمريض في الستينات من عمره، الأسرة مطمئنة: ”الحمد لله، كل شيء تمام.“  
لكن لما دخلت، أول شيء لاحظته - كان جالس على طرف الكنب، رجوله متباعدة كثير،  
ومتوتر. سألته: ”كيف حالك؟“، قال: ”بخير الحمد لله، بس أحس بخوف لما أبغى أقوم.“

هذه الملاحظة البسيطة - طريقة الجلوس والتوتر في الوجه - كشفت مشكلة خوف من  
السقوط ما أحد من الأهل منبه لها. لو كانت الأسرة تعرف كيف تلاحظ، كانوا اكتشفوا  
المشكلة قبلي بأسابيع.

هذا بالضبط هدف هذا الفصل: أن أعلمك كيف تقرأ حالة كبيرك في البيت بعين  
أخصائي علاج طبيعي. ما تحتاج أجهزة أو شهادات - فقط عين ملاحظة ومعرفة بسيطة بما  
تبحث عنه.



---

#### لماذا\*afterheading[4] المراقبة المنزلية مهمة؟

الكشف\*afterheading[4] المبكر ينقد

من واقع سنوات

أقوها بكل ثقة: التغيرات التدريجية الصغيرة هي التي تفوتنا.

نخيل معي: والدك كان يقوم من الكرسي في 5 ثوانٍ. بعد شهر صار يحتاج 7 ثوانٍ. بعد شهرين 10 ثوانٍ. بعد ثلاثة شهور 15 ثانية ويحتاج يدعم يديه. التغيير يومياً صغير جداً، لكن الصورة الكاملة خطيرة.

الأسرة التي تعيش مع المريض يومياً قد لا تلاحظ هذا التدهور التدريجي [1]. لكن بالمراقبة المنهجية والتسجيل، تصير الصورة واضحة.

أمثلة رأيها بعيني: - أم ما انتبهت إن والدها صار يمشي أبطأ، لين زارته أختها بعد شهر وقالت: "أبوي تغير!" - أب ما لاحظ إن أمه صارت تطلب مساعدة في الحمام أكثر، لين سجلنا ولقينا الطلبات زادت من مرة في الأسبوع لمرتين يومياً - عائلة ما انتبهت إن الوالد "يتعثر" كثير، لين سألتهم: "كم مرة بالأسبوع؟"، قالوا: "تقريباً كل يوم!" - هذي علامة خطر كبيرة!

المعلومات\*afterheading[4] الدقيقة تساعد المختص

غالباً لما أزور مريض أول مرة، أسأل الأسرة: "كيف حاله في البيت؟"

الإجابات التي أسمعها: - "الحمد لله بخير" طيب، بخير يعني إيش بالضبط؟ - "عادي مثل أي شخص في سنه" لكن ما عطيتني معلومة محددة! - "مش عارفين بالضبط" هذي صعبة عليّ لأنني ما أقدر أبني خطة علاجية على "مش عارفين"

الإجابات التي تساعدني فعلاً:

عندما تقول لي الأسرة: "صار يحتاج أن يمسك الكرسي بيديه الاثنتين ليقوم، وقبل كان يقوم بيد واحدة" — هذه معلومة قيّمة جداً. أو حين يصفون مشيته: "صارت أبطأ، وأحياناً يجر رجله اليمنى قليلاً" — هنا أبدأ أفهم موضع المشكلة. والأهم من ذلك حين يحددون: "سقط مرتين هذا الأسبوع، مرة في الحمام بعد الاستحمام، ومرة في الممر الساعة الثانية فجراً" — التوقيت والمكان يكشفان السبب غالباً.

هذه المعلومات ذهب! تخليني أفهم المشكلة بالضبط وأضع خطة دقيقة [3].



---

ملاحظة\*afterheading[4] الجلوس والقيام من الكرسي

لماذا\*afterheading[4] هذا الأول شيء أراقبه؟

من أول لحظة أدخل فيها بيت المريض، عيني على حركة واحدة: كيف يقوم من مكانه ليستقبلني؟

هذه الحركة البسيطة تكشف الكثير: - قوة عضلات الفخذين والمقعدة - التوازن - الثقة بالنفس - وجود ألم - الخوف من الحركة

القيام من الكرسي مهارة نستخدمها عشرات المرات يومياً - من السرير، من المرحاض، من كرسي الصلاة [4]. إذا ضعفت هذه المهارة، حياة كبيرك كلها تتأثر.

ما\*afterheading[4] الذي أريدك تلاحظه؟

### 1. استخدام اليدين:

راقب والدك وهو يقوم من الكرسي:

- ممتاز: يقوم بدون ما يستخدم يديه نهائياً (قوة عضلية ممتازة)
- متوسط: يستخدم يد واحدة دفعة خفيفة (ضعف خفيف)
- ضعيف: يدفع بقوة بكلا يديه، أو يحتاج شخص يساعده [5]

أذكر عبدالرحمن (اسم مستعار)، رجل في السبعين. أول زيارة، قام بيد واحدة. بعد شهرين، صار يدفع بيديه الاثنتين. هذا تدهور واضح - بدأنا تمارين تقوية فوراً.

### 2. عدد المحاولات:

- هل ينهض من أول محاولة؟
- ولا يحاول، يتوقف في النص، يرجع يجلس، ثم يحاول مرة ثانية؟
- هذا التردد يدل على ضعف أو خوف

### 3. السرعة:

غالباً ما أطلب من الأسرة: "راقبوا كم ثانية يحتاج للنهوض".

- القيام السريع السلس: قوة جيدة
- البطء الشديد (أكثر من 5 ثوانٍ): ضعف أو ألم أو خوف

### 4. التوازن:

لاحظ بعد ما يقوم: - هل يترنح أو يتأيل؟ - هل يحتاج ثوانٍ ليستقر؟ - هل يمسك بشيء فوراً؟

كل هذي علامات ضعف توازن.

### 5. تعبيرات الوجه:

الوجه ما يكذب: - عبوس وتكشير □ ألم - احمرار واضح □ جهد كبير - خوف في العينين □ قلق من السقوط

اختبار\*afterheading[4] بسيط تستطيع عمله في البيت

اختبار القيام خمس مرات متتالية:

دعني أشارك معك اختبار بسيط استخدمه مع جميع مرضاي:

1. اجلس كبيرك على كرسي عادي (الركبة بزاوية قائمة)
2. اطلب منه يقوم ويجلس 5 مرات متتالية، بأسرع ما يقدر (لكن بأمان!)
3. احسب الوقت من بداية أول نهوض إلى آخر جلوس

النتائج [6]:

- أقل من 12 ثانية: ماشاء الله، قوة ممتازة!
  - 12-15 ثانية: جيد، لكن نقدر نحسن
  - أكثر من 15 ثانية: ضعف واضح - تحتاجون استشارة وتمارين تقوية
- مهم: لا تجرب هذا الاختبار إذا كان كبيرك عنده دوار شديد أو ألم حاد في الركبتين/الوركين.  
اسأل المختص أولاً.

■ نصيحة من الميدان:

أقولها دائماً للعائلات: "القوة تُبنى بالتدريج، وكل محاولة للقيام من الكرسي هي تمرين صغير."

رفع ارتفاع الكرسي بوسادة صلبة أو تعديله قليلاً يقلل المجهود بشكل كبير. رأيت عائلات كثيرة، هذا التعديل البسيط أعاد لكبيرهم القدرة على النهوض بنفسه - وكم كانت فرحتهم كبيرة!

## مراقبة\*afterheading[4] نمط المشي

المشي\*afterheading[4] الطبيعي: ماذا نتوقع؟  
 المشي الطبيعي له مواصفات معينة [7]: - طول الخطوة متساوٍ بين القدمين - المسافة بين القدمين (عرض القاعدة) 5-10 سم - سرعة معتدلة ومنتظمة - الذراعين تتأرجح بشكل طبيعي مع الخطوات - النظر للأمام، مش للأرض طول الوقت  
 لكن مع التقدم بالعمر أو بعض الأمراض، المشي يتغير. وكل نمط مشي "غير طبيعي" له معنى.

## أنماط\*afterheading[4] المشي التي تحتاج انتباه

### 1. مشية القدم المسحوبة: (Shuffling)

كيف تبين: - خطوات قصيرة جداً - القدم ما ترتفع عن الأرض (يجرها) - تسمع صوت احتكاك القدم بالأرض  
 قصة حقيقية:

زرت مريض في الرياض، الأهل يقولون "عادي يمشي". لما طلبت منه يمشي قدامي 5 أمتار، لاحظت رجوله تنسحب على الأرض ويمشي بخطوات صغيرة جداً. سألته: "تحس برعشة؟"، قال: "أيه، خفيفة في يدي".

أرسلته لطبيب أعصاب، تشخيصه مرحلة مبكرة من باركنسون [8]. لو ما انتبهنا للمشية، كان التشخيص تأخر أكثر.

ماذا تفعل الأسرة: - تأكد الحذاء خفيف ومرح - راقب علامات ثانية (رعشة، بطء) - استشر الطبيب

## 2. مشية الحذر (Cautious Gait):

كيف تبين: - خطوات قصيرة جداً وبطيئة - المسافة بين القدمين واسعة (لزيادة الثبات) - النظر للأسفل طول الوقت - يمسك الأثاث أو الجدران من تجربتي:

هذي المشية غالباً ما تعني خوف من السقوط [9]. كبير السن خائف يقع، فيمشي بحذر مبالغ فيه.

أذكر سيدة في السبعين، كانت تمشي عادي. بعد ما تعثرت مرة (ما سقطت حتى!)، صارت تمشي بهذا الأسلوب - خطوات صغيرة، قدمين متباعدات، نظرها للأرض. الخوف غير مشيتها تماماً.

ماذا تفعل الأسرة: - طمأنة وتشجيع - إزالة كل العوائق - إضاءة ممتازة - استشارة مختص لتمارين التوازن

## 3. مشية غير متماثلة (Asymmetric):

كيف تبين: - الخطوات مش متساوية بين الجانبين - عرج واضح على قدم/جانب - وزن الجسم مش موزع بالتساوي متى شففتها:

كثير من مرضى ما بعد الجلطة الدماغية يمشون كذا. جانب أقوى من الثاني [10].

لكن أحياناً السبب بسيط: ألم في ركبة أو ورك. سألت مريض: "ليش تعرج؟"، قال: "ركبتي اليمين توجعني." - علاجنا الألم، تحسنت المشية.

ماذا تفعل الأسرة: - حدد أي جانب أضعف - راقب متى العرج يزيد (بعد الجلوس؟ الصباح؟) - استشر الطبيب لتحديد السبب

## 4. مشية القدم المتدلية (Steppage):

كيف تبين: - يرفع الركبة عالي جداً في كل خطوة - كأنه يصعد درج وهو ماشي على أرض مستوية - القدم "تصفع" الأرض لما تنزل هذي حالة خاصة:

رفع الركبة العالي هذا يعني عضلات رفع القدم ضعيفة، فهو يعوّض برفع الركبة كلها [11].

حالة شفتها: رجل بعد عملية في الظهر، صار ما يقدر يرفع قدمه اليسرى. كان يرفع ركبته عالي جداً علشان ما يجرح قدمه. هذي تحتاج تقييم طبي عاجل وربما جبيرة لدعم القدم.



---

علامات\*afterheading[4] ضعف التوازن

لماذا\*afterheading[4] التوازن حياة أو موت؟

بكل صراحة: ضعف التوازن = خطر سقوط. والسقوط عند كبار السن قد يعني كسور، عجز، أو أسوأ.

من واقع عملي، السقطة الواحدة قد تغير حياة كبير السن كاملة. رأيت مرضى بعد كسر الورك ما رجعوا يمشون زي أول [12].

لذلك، اكتشاف ضعف التوازن مبكراً قد ينقذ حياة.

العلامات\*afterheading[4] اللي تشوفها بعينك

## 1. التمسك بالأشياء (Furniture Walking):

أول شيء أراقبه لما أدخل البيت: كيف يتحرك داخل البيت؟

- هل يمسك الأثاث أثناء المشي؟
- حتى لو "لمسة خفيفة"، هذا يعني توازنه مش 100%
- كبير السن اللي توازنه جيد ما يحتاج يمسك شي

قصة:

مريضة في الستينات، الأسرة ما انتبهت لشي. لما زرتها، لاحظت إنها تمسك كل شي - طرف الكنب، الطاولة، الجدار. سألتهم: "هي دائماً كذا؟"، قالوا: "أيه، عادي!"  
هذا مش عادي! هذا علامة ضعف توازن واضحة.

## 2. توسيع قاعدة المشي:

لما تشوف كبيرك واقف أو ماشي، لاحظ المسافة بين قدميه: - إذا واسعة جداً (أكثر من 15-20 سم)، جسمه يحاول يزيد الثبات تلقائياً - هذي آلية تعويضية

## 3. النظر للأسفل باستمرار:

عيني على قدمي طول الوقت = ما يثق بتوازنه

المفروض يمشي وهو ناظر قدمه، مش طالع في الأرض!

## 4. التردد في الحركة:

- يتوقف قبل ما يدور أو يغير اتجاه
- يخطط ذهنياً قبل كل حركة
- بطء شديد حتى في بيئة آمنة

كل هذا خوف وضعف توازن.

اختبارات\*afterheading[4] بسيطة (بحذر!)

مهم جداً: أجز هذه الاختبارات فقط بوجود شخص جنب كبيرك يحميه لو فقد توازنه!

اختبار 1: الوقوف بقدمين متلاصقتين

- اطلب منه يقف بقدمين متلاصقتين تماماً
- بدون ما يمسك أي شيء
- لمدة 30 ثانية

النتيجة [13]: - وقف بثبات □ توازن جيد - تمايل كثير أو فتح قدميه □ ضعف خفيف

- ما قدر يقف أصلاً □ ضعف واضح

اختبار 2: الوقوف على قدم واحدة

هذا اختبار أسويه دائماً:

- قف على قدم واحدة
- القدم الثانية مرفوعة قليلاً
- احسب كم ثانية يثبت

النتائج [14]:

- 10 ثوان أو أكثر: ممتاز!
  - 5-10 ثوان: متوسط
  - أقل من 5 ثوان: خطر سقوط مرتفع - محتاج تدخل
- لا تجر هذا الاختبار إذا:

- كبيرك عنده دوار شديد
- سقط مؤخراً
- عنده ألم حاد
- يستخدم مشاية أو كرسي متحرك

استخدام\*afterheading[4] اليدين كعلامة ضعف

ليش\*afterheading[4] ننتبه لهذا؟

غالباً الأسر تقول: ”أبوي كسلان، ينبغي يدعم على يديه علشان يقوم!“

لا يا عزيزي، هذا مش كسل - هذا ضعف عضلي حقيقي [15].

استخدام اليدين للنهوض آلية تعويضية طبيعية لما عضلات الفخذين والمقعدة تضعف. جسمه يستخدم قوة الذراعين لتعويض النقص.

أين\*afterheading[4] تلاحظ استخدام اليدين؟

1. النهوض من الكرسي: - يدفع بقوة على المساند بكلتا يديه - أحياناً يدفع على ركبتيه أول، ثم على الكرسي

2. النهوض من السرير: - يتقلب على جنبه - يدفع بيديه على المرتبة - يجلس على طرف السرير قبل ما يقوم

3. صعود الدرج: - يتمسك بالدرابزين بإحكام بكلتا يديه - يسحب نفسه بقوة - يصعد درجة درجة (قدم بعد قدم)

4. النهوض من المرحاض: - يحتاج مقابض - يدفع بقوة كبيرة

ماذا\*afterheading[4] يعني هذا؟

السلوك	المعنى	ماذا تفعل؟
استخدام خفيف (للتوازن بس)	ضعف خفيف	تمارين وقائية خفيفة تقييم + تمارين مستهدفة [16]
دفع قوي بكتنا اليدين	ضعف واضح	تدخل عاجل + أدوات مساعدة
ما يقدر ينهض حتى بيديه	ضعف شديد	



سلوكيات\*afterheading[4] تدل على الخوف من السقوط

الخوف\*afterheading[4] أخطر من السقوط نفسه!

خليني أشارك معك حقيقة تعلمتها من الميدان:

الخوف من السقوط يؤدي لقلة الحركة □ قلة الحركة تضعف العضلات والتوازن □ الضعف يزيد احتمال السقوط الفعلي!

دائرة مفرغة خطيرة [17].

السلوكيات\*afterheading[4] التي تكشف الخوف

#### 1. تجنب الأنشطة:

أذكر رجل في السبعينات، كان اجتماعي ويحب الزيارات. بعد ما تعثر مرة (ما سقط حتى!)، صار يرفض يطلع من البيت. السبب؟ خوف.

- رفض الخروج
- تجنب الاستحمام
- رفض صعود الدرج حتى لو يقدر
- تجنب المناسبات

#### 2. طلب المساعدة المفراط:

- يطلب مساعدة حتى في أشياء يستطيع عملها
- يتصل بأهله لأبسط الأمور
- يرفض يتحرك بدون مرافق

#### 3. التمسك الدائم:

- يمسك بكل شي حواله
- يمشي دائماً جنب الجدار
- يرفض يمشي في مناطق مفتوحة

#### 4. البطء المبالغ:

- حركة بطيئة جداً حتى في بيئة آمنة 100%
- يحتاج وقت طويل لأبسط حركة
- تردد واضح قبل كل خطوة

---

كيف\*afterheading[4] نتعامل مع الخوف؟

من تجربتي:

1. التفهم والطمأنة:

لا تستهزئ! لا تقول ”ما في شي، توكل على الله وامش!“

قل: ”أفهم قلقك، وهذا طبيعي. لكن نقدر نشتغل عليه سوا.“

2. تحسين البيئة:

— أزل كل المخاطر

— إضاءة ممتازة

— مقابض في الأماكن المهمة

لما يشوف كبيرك إن البيت آمن، خوفه يقل.

3. التدرج:

ابدأ بتمارين بسيطة جداً في بيئة آمنة. زد الصعوبة تدريجياً. احتفل بكل تقدم.

4. الاستشارة:

بعض الحالات تحتاج تدخل نفسي [18] أو برنامج علاج طبيعي متخصص.



---

أهمية\*afterheading[4] التسجيل والمتابعة

ليش\*afterheading[4] أصر على التسجيل؟

أقولها في كل زيارة: "سجلوا ما تشاهدونه!"

السبب بسيط:

1. الذاكرة تخون: - "متى آخر مرة سقط؟" □ "ما أذكر بالضبط، قبل أسبوع ولا عشرة أيام؟" - لو كان مسجل: "يوم الثلاثاء 28/11 الساعة 3 العصر في الحمام"
2. التغيرات التدريجية: - يوماً التغير صغير وما يبين - لما تقارن الأسبوع الماضي بهذا الأسبوع، الفرق واضح
3. تقييم التحسن: - هل التمارين نفعت؟ - هل صار يحتاج مساعدة أقل أو أكثر؟

ماذا\*afterheading[4] نسجل؟

دقتر بسيط فيه:

1. القدرات اليومية: - "نهض من الكرسي بمفرده؟ نعم/لا" - "احتاج مساعدة في الحمام؟ نعم/لا" - "كم مرة طلب مساعدة للقيام؟ ---- مرات"
2. حوادث: - التاريخ والوقت - المكان - السبب الظاهر - الإصابات (إن وجدت)
3. التغيرات: - "بدأ يمشي أبطأ" - "صار يحتاج وقت أطول للنهوض"
4. الألم: - "يشكي من ألم في الركبة اليمنى عند القيام"

نموذج\*afterheading[4] جدول بسيط

مستوى المساعدة	الملاحظة	النشاط	التاريخ
بدون مساعدة	استخدم يديه	القيام	1/12
بدون مساعدة	مسك الجدار	المشي للحمام	1/12
مساعدة خفيفة	احتاج يدي	صعود السرير	2/12
-	بسجادة، ما سقط	تعثر	3/12

### رسالة طمأنة

أعرف إن الموضوع قد يبدو كثير ومعقد. لكن صدقني، بعد أسبوع أو أسبوعين من الملاحظة الواعية، راح يصير عندك "عين أخصائي" طبيعية. راح تلاحظ التغيرات تلقائياً. أنت أفضل شخص يقدر يراقب كبيرك - لأنك معه يومياً. الأطباء والأخصائيين نشوفه ساعة كل كم أسبوع. أنت الشريك الأساسي في الرعاية.



### خلاصة\*afterheading [4] الفصل

مراقبة الحالة الوظيفية في البيت مهارة ثمينة تتقذ من مشاكل كثيرة:  
 ملاحظة الجلوس والقيام - أول وأهم شي تراقبه، يكشف القوة والتوازن  
 مراقبة نمط المشي - كل نمط له معنى ويوجهك للمشكلة  
 علامات ضعف التوازن - الاكتشاف المبكر ينقذ من سقوط خطير  
 استخدام اليدين - مش كسل، بل ضعف عضلي يحتاج تقوية

---

سلوكيات الخوف - دائرة مفرغة تحتاج تفهم وتدرج في العلاج

التسجيل المنتظم - يكشف التغيرات ويساعد الفريق الطبي

تذكر: عينك أقوى أداة تقييم عندك. استخدمها.

في الفصل التالي، سأعلمك فن النقل الآمن - من السرير إلى الكرسي إلى الحمام - مع حماية ظهرك أنت كمقدم رعاية.



---

المراجع\*afterheading [4] العلمية

performance physical short A .(1994) al. et M., J. Guralnik, [1]  
Gerontology, of Journal function. extremity lower assessing battery  
M85-M94. ,(2)49

status functional for factors Risk .(1993) al. et E., A. Stuck, [2]  
Medicine, & Science Social people. elderly community-living in decline  
.445-464 ,(4)37

changes status functional of Effects .(2006) al. et H., R. Fortinsky, [3]  
A, Series Gerontology of Journals The hospitalization. during and before  
.83-87 ,(1)61

five-repetition the for values Reference .(2006) W. R. Bohannon, [4]  
.215-222 ,(1)103 Skills, Motor and Perceptual test. sit-to-stand

depends performance Sit-to-stand .(2002) al. et R., S. Lord, [5]  
of Journals The status. psychological and balance, speed, sensation, on  
M539-M543. ,(8)57 A, Series Gerontology

---

test sit-to-stand Five-repetition .(2010) al. et W., R. Bohannon, [6]  
Exercise and Isokinetics adults. community-dwelling by performance  
.141-147 ,(3)18 Science,

Normal .(2011) A. Andrews, Williams & W., R. Bohannon, [7]  
-182 ,(3)97 Physiotherapy, meta-analysis. descriptive a speed: walking  
.189

rehabilitation gait and disorders Gait .(2001) al. et E., M. Morris, [8]  
.347-361 ,87 Neurology, in Advances disease. Parkinson's in

cognitive mild in dysfunction Gait .(2010) al. et J., Verghese, [9]  
Society, Geriatrics American the of Journal syndromes. impairment  
.1263-1269 ,(7)58

community- in asymmetry Gait .(2008) al. et K., K. Patterson, [10]  
and Medicine Physical of Archives survivors. stroke ambulating  
.304-310 ,(2)89 Rehabilitation,

do? to what and why where, drop: Foot .(2008) D. J. Stewart, [11]  
.158-169 ,(3)8 Neurology, Practical

Motor .(2016) H. M. Woollacott, & A., Shumway-Cook, [12]  
Williams Lippincott practice. clinical into research translating control:  
Wilkins. &

Journal test. Romberg's .(2003) M. R. Gokula, & A., Khasnis, [13]  
.169 ,(2)49 Medicine, Postgraduate of

important an is balance One-leg .(1997) al. et J., B. Vellas, [14]  
Society, Geriatrics American the of Journal falls. injurious of predictor  
.735-738 ,(6)45

performance rise bed and Chair .(2000) al. et B., N. Alexander, [15]  
American the of Journal residents. housing congregate ADL-impaired in  
.526-533 ,(5)48 Society, Geriatrics

from rising in strength of role The .(1996) al. et A., M. Hughes, [16]  
.1509-1513 ,(12)29 Biomechanics, of Journal chair. a

---

which falling: of fear and Falls .(2002) al. et M., S. Friedman, [17]  
-1329 , (8) 50 Society, Geriatrics American the of Journal first? comes  
.1335

international scale efficacy falls The .(2010) al. et K., Delbaere, [18]  
.210-216 , (2) 39 Ageing, and Age (FES-I).

ملاحظة: جميع الأسماء والقصص الواردة في هذا الكتاب حقيقية، لكن تم تغيير الأسماء  
والتفاصيل الشخصية للحفاظ على خصوصية المرضى.

---

# 3

---

## الفصل الثالث

---

---

النقل afterheading [4] الآمن وحماية ظهر مقدم الرعاية

”احمِ ظهرك أولاً؛ إذا تأذيت ما حد بيقدريخدم الوالد”

— من قاعدتي الذهبية بعد سنوات في بيوت بيشة



---

مشهد\*afterheading[4] من الميدان

مرة كنت في زيارة لرجل مسن في تندحة. دخلت البيت ولقيت ولده شاب قوي البنية، لكن يمسك ظهره من الألم. قال لي: " كل صباح لما أوقف أبوي من السرير، ظهري يقتلني. صار عندي ألم مزمن."

راقبت كيف ينقل والده. كان ينحني من خصره، يمسك أبوه من تحت إبطيه، ويرفعه بقوة ظهره. والكرسي المتحرك بعيد عن السرير. كل شيء غلط.

وقفتم. قربنا الكرسي. علمته كيف يثني ركبتيه معاه، وساعدناه يميل للأمام قليلاً قبل ما يقوم. الولد قال بعدها وهو يبتسم: "والله أول مرة أحس النقل سهل وما يوجع ظهري!"

هذا المشهد يتكرر في بيوت كثيرة. مرافقون يحبون آباءهم ويبدلون كل جهد، لكن بدون تدريب على الطريقة الصحيحة، يدفعون ثمن غالٍ من ظهورهم.



---

لماذا\*afterheading[4] هذا الفصل؟

نقل كبير السن بين السرير والكرسي والحمام هو جزء أساسي من الرعاية اليومية. لكن هذا النشاط البسيط ظاهرياً يحمل مخاطر كبيرة على الطرفين:

- على المريض: خطر السقوط أثناء النقل إذا فقد التوازن
- على المرافق: إصابات الظهر المزمنة من الرفع الخاطئ المتكرر

الإحصائيات تقول إن أكثر من 72% من مقدمي الرعاية الأسرية يعانون من مشاكل عضلية، وأغلبها آلام أسفل الظهر [4]. لكن الخبر الجيد: الدراسات تثبت أن تطبيق تقنيات بسيطة صحيحة يخفف هذه الإصابات بنسبة تصل إلى 50% أو أكثر [1].

هذا الفصل يعلبك الطرق المثبتة علمياً لنقل كبير السن بأمان، مع حماية ظهرك وكرامته في نفس الوقت.



القسم\*afterheading[4] الأول: القاعدة الذهبية - احمِ ظهرك أولاً

لماذا\*afterheading[4] تُصاب ظهور المرافقين؟

أقولها دائماً للعائلات: "إذا تأذيت أنت، ما حد يقدر يخدم الوالد." وهذا هو كلام نظري - أنا جربت ألم الظهر بعد مناوبة نقل بدون تحضير.

الظهر البشري مصمم لحمل الأوزان بشكل عمودي، موللأنحاء الأمامي مع حمل ثقيل بعيد عن الجسم. لما تنحني من خصرك لرفع كبير السن، الضغط على فقراتك القطنية يزيد بشكل رهيب [3]. وهذا الضغط المتكرر كل يوم يسبب:

- إجهاد عضلات أسفل الظهر
- ضغط على الديسكات (قد يوصل لفتق غضروفي)
- تمزق الأربطة خاصة لو التويت وأنت تحمل الوزن [3]

المبادئ\*afterheading[4] الثلاثة التي لا تفارقي

### 1. اثني ركبتيك، موظهرك

كل مرة أزور مريض، أول شيء أعلم الأسرة: اهبط لمستوى المريض بثني ركبتيك. خلي ظهرك مستقيم، واستخدم عضلات نخذيك القوية للرفع.

الأبحاث البيوميكانيكية تثبت إن هذه الطريقة تخفض الضغط على الديسك بشكل ملحوظ [3]. وأنا شايفها بعيني: الابن اللي يطبقها يقدر يساعد والده بدون ما يشتكي من ظهره.

### 2. أبق المريض قريب من جسمك

لا تمد ذراعينك بعيد. اقترب من كبير السن، حضنه بقرب جسمك. كل ما كان الحمل بعيد عنك، زاد الضغط على ظهرك وتضاعف [3].

### 3. لا تلف ظهرك وأنت تحمل

لو تبي تحرك المريض من جهة لجهة، حرك رجلك كلها، ولا تلوي جذعك. الدراسات تقول إن الالتواء مع الرفع من أخطر الحركات على الظهر [3].

متى\*afterheading[4] تطلب مساعدة؟

الخبراء يقولون: لو احتجت ترفع أكثر من 15 كلف من وزن المريض، هذا فوق طاقة شخص واحد بأمان [2]. في هذي الحالات:

- ناد أحد من الأسرة يساعدك
- استخدم كرسي متحرك أو أدوات مساعدة
- استشير أخصائي علاج طبيعي لو المريض ثقيل جداً

■ تنبيه مهم: لا تجامل ولا تحاول تثبت قوتك. لو حسيت إن الوزن يفوق قدرتك، توقف. ظهرك أهم من أي شيء - لأنك لو انكسرت، مين يستخدم والدك؟

## القسم\*afterheading[4] الثاني: تقليب المريض في السرير

ليش\*afterheading[4] التقليب مهم؟

بكار السن الذين لا يستطيعون التحرك بالسرير، يحتاجون تقليب كل 2-3 ساعات لمنع: -  
قرح الضغط - تيبس المفاصل - مشاكل تنفسية

الطريقة\*afterheading[4] الصحيحة

خطوة بخطوة:

1. التحضير:

- ارفع السرير لمستوى خصرك لو تقدر (عشان ما تنخي كثير)
- كلم المريض: "الحين بقلبك على جنبك الأيسر"

2. وضع اليدين:

- يد على كتفه البعيد، ويد على وركه البعيد
- أو استخدم الشرشف تحته كرافعة

3. الحركة:

- اثن ركبتيك وخلي ظهرك مستقيم
- اسحبه نحوك برفق كوحدة واحدة
- نصيحة: ارفعه قليلاً عن السرير، لا تسحبه مباشرة - هذا يحمي جلده من الاحتكاك

#### 4. التثبيت:

- حط وسادة وراء ظهره يتركز عليها
- تأكد من راحة يده ورجله

#### توقف فوراً إذا:

شعر المريض بألم حاد مفاجئ (وليس مجرد انزعاج خفيف)، أو قاوم الحركة بقوة أو صرخ من الألم، أو لاحظت تغيراً واضحاً في لون وجهه (شحوب أو احمرار شديد)، أو سمعت صوت طقطقة غير طبيعي من المفصل.

ماذا تفعل؟ أعد المريض لوضعه الأصلي برفق، ولا تحاول مرة أخرى قبل استشارة الطبيب أو أخصائي العلاج الطبيعي.



---

القسم\*afterheading[4] الثالث: من الاستلقاء للجلوس - لا تستعجل

#### قصة\*afterheading[4] أبو سعد

أصعب جزء في النقل لما يكون المرافق مستعجل. مرة كنت عند أبو سعد في ييشة، ولده استعجل يوقفه من السرير قبل ما يثبت رجوله. اختل توازن الاثنين وكادوا يسقطون. وقفتم، رتب المكان، وشرحت لهم: النقل الآمن يحتاج صبر ووقت.

---

خطر\*afterheading[4] الدوار

كثير من كبار السن عندهم هبوط ضغط لما يغيرون الوضعية فجأة [8]. هذا يسبب: -  
دوخة شديدة - غباش في النظر - إغماء أحياناً

التقنية\*afterheading[4] التدريجية

1. من الاستلقاء للجانب: - دعه يستلقي على جنبه أول (كما في التقلب)
2. من الجانب للجلوس: - ساعده ينزل رجوله من طرف السرير - وفي نفس الوقت، ارفع كتفيه للأعلى للجلوس
3. وضعية التدلي (Dangling): - هذه أهم خطوة: دعه يجلس على طرف السرير ورجوله متدليات لمدة 3-1 دقائق - راقبه: شاحب؟ عنده دوخة؟ - أسأله: "كيف تحس؟ فيه دوار؟"
- في هذي الفترة، جسمه يتعود على الوضع الجديد والضغط يرجع طبيعي [8].
4. الاستعداد للوقوف: - فقط بعد ما يأكّد لك إنه مرتاح، ساعده يقوم

■ تنبيه مهم: لو حس بدوار شديد أو شحوب، رجعه فوراً للاستلقاء. لا تجربه يقوم. واستشر الطبيب.



---

القسم\*afterheading[4] الرابع: القيام من الكرسي - خمس خطوات ذهبية

---

التقنية\*afterheading[4] الصحيحة

الخطوة 1: وضع القدمين - القدمين متباعدات بعرض الكتفين - تحت الركبتين مباشرة - واحدة متقدمة قليلاً للخلف نحو الكرسي

الخطوة 2: استخدام اليدين - شجعه يدفع نفسه بيديه على مساند الكرسي - لا يسحبك؛ بل يدفع نفسه

الخطوة 3: الميل للأمام (قاعدة "الأنف فوق أصابع القدم") - قبل ما يقوم، دعه يميل بجذعه للأمام - هذا ينقل مركز ثقله فوق رجوله ويسهل الحركة

الخطوة 4: العد معاه - "واحد، اثنين، ثلاثة، قُمْ" - أو هزوا قليلاً للأمام والخلف قبل الدفعة النهائية

الخطوة 5: دعمك له - وقف قدامه - حط ركبتك قدام ركبتك (تمنع رجوله تنزلق) - امسكه من خصره (أو من حزام النقل لو عندك) - ارفعوا مع بعض بتنسيق

■ تنبيه مهم: لا تسحبه من ذراعيه أو من تحت إبطيه بقوة - هذا يسبب خلع في الكتف. استخدم حزام أو امسك من خصره.



---

القسم\*afterheading[4] الخامس: النقل بين السرير والكرسي (Pivot Transfer)

---

الإعداد\*afterheading[4] - نصف النجاح

قبل أي نقل، رتب المكان:

1. وضع الكرسي: - ضعه بزاوية 45° من السرير - على جانب المريض الأقوى - قريب جداً من السرير

2. تأمين الكرسي: - اقلع عجلات الكرسي (خطأ شائع ننساه!) - ارفع مساند القدمين

3. تحضير المريض: - خله يلبس حذاء مطاطي - ساعده يجلس على طرف السرير

خطوات\*afterheading[4] النقل

1. الوقوف: - اتبع الخطوات الخمس السابقة

2. وضعيتك: - وقف قدامه، رجلك تحيط برجله - ثبت ركبتيه بركبتيك

3. الدوران: - قول له: "الحين ندور مع بعض للكرسي" - دوروا مع بعض بخطوات صغيرة - لا تلف ظهرك - حرك رجلك كلها

4. الجلوس: - لما يحس بالكرسي وراه، خله يتلمسه بيده - انزلوا مع بعض ببطء (اثن ركبتيك معاه)

توقف لو: - حس بدوار أو ألم - بدأ يفقد توازنه - حسيت أنت بألم في ظهرك



---

القسم\*afterheading[4] السادس: الحمام - المنطقة الأخطر

الواقع\*afterheading[4] من الميدان

أهم أدوات بسيطة أنصح فيها: كرسي حمام مرتفع وبساط ضد الانزلاق. مرة أضفت مقبضين عند سرير مريض في بيشة، وبعدها صار يقوم للصلاة بدون ما ينادي أحد. الفرق كان واضح في استقلالته وثقته.

ليش\*afterheading[4] الحمام خطير؟

الدراسات تقول إن الحمامات من أكثر الأماكن التي يسقط فيها كبار السن [7]: - أرضيات زلقة - مساحة ضيقة - مرحاض منخفض يصعب القيام منه

التعديلات\*afterheading[4] الضرورية

1. كرسي حمام مرتفع: - يرفع المرحاض 10-15 سم - يسهل الجلوس والقيام - يخفف الضغط على الركبتين والفخذين [6]
2. مقابض إمساك: - بجوار المرحاض (عمودي على الحائط) - في حوض الاستحمام - تقلل السقوط بشكل ملحوظ [5]
3. بسط مطاطية: - على أرضية الحمام - داخل حوض الاستحمام - تمنع الانزلاق
4. إضاءة قوية: - مصباح ساطع في الحمام - مصباح استشعار ليلي يشتغل تلقائياً

خطوات\*afterheading[4] النقل للحمام

قبل الدخول: - جفف الأرضية (أهم شيء!) - أزل أي عوائق - تأكد من الإضاءة  
أثناء الدخول: - ادخل أنت أولاً ووقف بوضع استعداد - ساعده يعبر (خاصة لو فيه عتبة)

---

الجلوس والقيام: - نفس تقنية Sit-to-Stand - شجعه يستخدم المقبض بيده

■ تنبيه مهم: لا تتركه وحيد في الحمام لو توازنه ضعيف. ابقَ برا الباب على الأقل.



---

القسم\*afterheading[4] الساع: ظهره - استثمار طويل المدى

أنت\*afterheading[4] جزء من الخطوة

صحتك مو رفاهية، بل ضرورة. 54% من المرافقين الأسريين عندهم آلام ظهر مزمنة [4]. لتتجنب هذا:

1. قوي عضلاتك: - مارس تمارين بسيطة للبطن والظهر والفخذين - حتى 10 دقائق يومياً تفرق

2. استخدم أدوات: - حزام النقل (Transfer Belt) - مشاية بعجلات - كرسي متحرك

3. وزع الجهد: - لا تتحمل كل شيء لحالك - اطلب مساعدة من الأسرة - فكر في خدمات رعاية منزلية

4. خذ راحة: - الإرهاق يزيد الإصابات - نم جيداً واسترخي بين المهام

تذكر: لو أصبت، مين يبساعد والدك؟ حماية ظهره مسؤولية، مو أنانية.



---

الخلاصة\*afterheading[4] سبع قواعد ذهبية

1. اثنِ ركبتك، موظهرك
2. أبقِ المريض قريب من جسمك
3. لا تلف ظهرك أثناء الحمل
4. التدرج والصبر - لا تستعجل
5. رتب المكان قبل النقل
6. استخدم الأدوات المساعدة
7. اعرف حدودك واطلب المساعدة

تطبيق هذه المبادئ يحميك ويحمي كبير السن، ويخلي الرعاية المنزلية مستدامة وآمنة للجميع.



---

صندوق\*afterheading[4] نصائح سريعة

---

من\*afterheading[4] الميدان للبيت

قبل النقل: رتب المكان - كرسي قريب، أرضية جافة، إضاءة كافية  
أثناء النقل: كلم المريض باستمرار - "الحين بنقوم"، "جاهز؟"، "ممتاز"  
بعد النقل: تأكد من استقراره قبل ما تتركه  
لمقدم الرعاية: لو حسيت بألم في ظهرك، توقف فوراً واستشر مختص  
الليل: ضع مصباح استشعار في الممر - أغلب الحوادث تصير ليلاً



---

أسئلة\*afterheading[4] تتكرر من الأسر

ماذا لو كان والدي ثقيل الوزن ولا أستطيع نقله وحدي؟ لا تحاول أبداً نقله وحدك  
إذا كان وزنه يفوق قدرتك. الخيارات المتاحة تشمل طلب مساعدة فرد آخر من الأسرة، أو  
استخدام أدوات مساعدة كلوح النقل (Transfer)، (Board أو استشارة أخصائي العلاج  
الطبيعي لترتيب معدات مناسبة.

هل نقل المريض يومياً يضره؟ بالعكس تماماً. الحركة اليومية ضرورية لمنع المضاعفات  
كتقرحات الفراش وتيبس المفاصل. المهم أن يكون النقل بالطريقة الصحيحة وليس بالقوة.  
والدتي ترفض أن ينقلها الرجال من الأسرة، ماذا أفعل؟ احترام الخصوصية أمر أساسي.  
حاول ترتيب أن تساعد امرأة من الأسرة، أو فكر في الاستعانة بممرضة منزلية في الأوقات  
التي تحتاج فيها مساعدة خاصة.

## المراجع\*afterheading [4] العلمية

- [1] al. et S., Shrestha, E., J. Collins, E., Teeple, (2017). براجم المناولة الآمنة للررضى. *Work*, 58 (2), 184-173. <https://doi.org/10.3233/WOR-172608>.
- [2] T.R., Waters, 2007. متى يكون الرفع اليدوي آمناً؟ *J Am Nursing*, 107 (8): 58-53.
- [3] al., et W.S. Marras, 1999. تحليل شامل لمخاطر أسفل الظهر. *Ergonomics*, 42 (7): 926-904.
- [4] al., et I. Haddada, 2025. الاضطرابات العضلية لدى المرافقين. *BMJ Open*, 15 (10): e101509.
- [5] N., Edwards & R. Blanchet, 2018. تقييم المخاطر البيئية للسقوط. *BMC Geriatrics*, 18: 272.
- [6] al., et E. Capezuti, 2008. ارتفاع السرير والمرحاض كعوامل خطر. *Clinical Research, Nursing*, 17 (1): 66-50.
- [7] al., et B.L. Moreland, 2020. مواقع سقوط كبار السن في الطوارئ. *J Am Med, Lifestyle*, 15 (6): 597-590.
- [8] M., Dingle, 2003. دور وضعية التدلي عند الانتقال للوقوف. *J Br Nursing*, 12 (6): 350-346.
- [9] al., et L.D. Gillespie, 2012. تدخلات الوقاية من السقوط. *Cochrane Rev, Syst Database*, (9): CD007146.
- عدد الكلمات: 2800~ كلمة الصوت: شخصي، من الميدان في بيشة القصص: 3 قصص واقعية من المقابلة التحذيرات: 7 تحذيرات واضحة المراجع: 9 مراجع علمية موثوقة

---

# 4

---

## التوازن وخطر السقوط عند كبار السن

---

---

لماذا\*afterheading[4] هذا الفصل مختلف بالنسبة لي؟  
هذا الفصل ليس مجرد معلومات مهنية عن التوازن والسقوط؛ بالنسبة لي هو ملف شخصي جداً.

سقوط واحد غيرٍ عندي نظرتي بالكامل لموضوع ”كسور كبار السن“.  
أبي - حفظه الله - انزلق في صالة البيت بعدما كانت العاملة تنظف الأرضية بالماء. البلاط كان مبلول، وهو قام يمشي كعادته، وفجأة زلّت رجله ووقع بكل وزنه على الجنب.

من تلك اللحظة بدأت فترة مرعبة فعلياً.

نُقل للمستشفى، وتبينّ أنه يحتاج عملية تثبيت لعنق عظمة الفخذ بمسمار ديناميكي. ما دخل غرفة العمليات مباشرة؛ انتظرنا أياماً (يومين أو ثلاثة) حتى يجهّز التنويم ويُجدول دور غرفة العمليات. خلال هذه الفترة كان الألم لا يُحتمل تقريباً، حتى مع حقن المسكنات القوية.

كان لا يستطيع القيام للحمام، والاحتياج المستمر للمساعدة في أبسط الأشياء كان يجرّح قلبه قبلي. كنت أسمع أنين ألمه في الليل، وأشعر وكأنّ الفخذ المكسورة هي نخذي أنا.

يوم العملية كان من أصعب الأيام في حياتي:

كبير سن فوق السبعين، أمام عملية عظام كبيرة، تحت تخدير كامل.

الأسئلة كانت تهاجمني:

- هل سيتحمّل البنج؟
- هل ستنتجح العملية بدون مضاعفات؟
- هل سيرجع يمشي مثل قبل؟
- ماذا لو حصلت جلطة؟ ماذا لو لم يعد مثل ما كان؟

تمّت العملية والله الحمد، لكن الألم الطبيعي بعد الجراحة عند كبار السن يكون مضاعفاً، خصوصاً إذا كان الشخص أصلاً لا يحب المستشفيات ولا جوها. كانت فترة صعبة جداً، لا أتمنى أن يمر بها أي أب أو أم ولا أي أسرة.

الوجه الآخر للصورة أنني رأيت حالات لم تكن النهاية فيها سعيدة. أذكر شيخاً كبيراً تعرّض أيضاً لكسر في الفخذ، ولكبر سنه تعذر حتى تثبيت الكسر جراحياً، وبعدها أصبح طريق فراش معظم الوقت. حصل عنده ضعف شديد وقصور في عضلات الفخذ الخلفية (لأنه كان لا يمدّ رجله، والوضعية المريحة له تكون ركبته مثنية، واستمر طويلاً على هذه الوضعية حتى أصبح لديه قصور شديد في أوتار الفخذ التي بسببها لم يعد يستطيع المشي)، وبسبب العمر والأمراض المصاحبة صار من الصعب تنفيذ برنامج تأهيلي قوي أو الوصول لنتائج كاملة. الكسر هنا لم يكن مجرد "حادث" وانتهى؛ كان نقطة تحوّل في حياته. بعده لم يرجع لوضعه السابق، وصارت كل حركة بسيطة تحتاج ترتيباً ومساعدة، وظهرت مضاعفات أخرى مرتبطة بقلة الحركة.

هذه القصص - قصة أبي الذي عاد بحمد الله تدريجياً لأنشطته السابقة، وقصة الشيخ الذي لم يستطع أن يستعيد مشيه كما كان - علمتني أن:

- السقوط عند كبير السن ليس موضوعاً بسيطاً أبداً
  - أحياناً تتغيّر حياة الأسرة بالكامل بسبب كسرة واحدة في الورك
  - بعض الكسور يمكن تجاوزها بالتأهيل الجيد، وبعضها يترك أثراً دائماً
  - وأهم درس خرجت به: الجزء الأكبر مما حصل كان يمكن تقليل احتماله أو منعه من البداية:
  - لو كانت الأرضية غير مبلولة
  - لو كانت هناك بسط مانعة للانزلاق
  - لو كان يستخدم أداة مناسبة للمشي داخل البيت
  - لو كان البيت "مهيأ" لكبير سن يمشي على سيراميك ناعم
- لهذا أتعامل مع كل سقطة لكبير سن اليوم على أنها إنذار مبكر، ورسالة تقول لنا:

”إمّا أن تتعلّموا من هذه السقطة الآن، أو تنتظروا سقطة ثانية قد يكون ثمنها أكبر بكثير.“  
من هذا اليوم، صار موضوع السقوط بالنسبة لي ليس مجرد ”فصل في كتاب“ أو ”محور  
في محاضرة“، بل مسؤولية شخصية تجاه كل أب وأم وجد وجدة في بيوتنا.  
هذا الفصل أكتبه وأنا أضع عيني على حادثة أبي، وعيني الثانية على كل بيت في بيشة  
وخارجها فيه كبير سن يمشي على سيراميك ناعم، أو يدخل حمام بدون مقابض، أو يتحرك  
في ممر مظلم.



1.1\*afterheading[4] لماذا السقوط عند كبار السن خطير لهذه الدرجة؟

1.1\*afterheading[4] حجم المشكلة عالمياً ومحلياً

— عالمياً: تقريباً ثلث كبار السن فوق 65 سنة يتعرضون لسقوط واحد على الأقل في السنة،  
والنسبة ترتفع إلى 50% لمن تجاوزوا الـ 80 سنة. كثير من هذه السقطات ينتج عنها  
إصابات تحتاج دخول مستشفى أو إعادة تأهيل طويلة [1][9].

— في السعودية: دراسات في الرياض ومناطق أخرى أظهرت أن نسبة السقوط قد تصل  
إلى 40%-50% بين كبار السن، وغالباً يكون السقوط داخل البيت نفسه، وليس خارجه  
[2][3].

## 1.2\*afterheading[4] ماذا يحدث بعد السقوط؟

السقوط قد يسبب:

- كسور خطيرة مثل كسور عنق عظمة الفخذ (مثل ما حصل مع والدي)، كسور الرسغ، أو فقرات العمود الفقري.
- تدهور مفاجئ في الاستقلالية: كبير كان يمشي لوحده، بعد السقوط يحتاج مساعدة في كل صغيرة وكبيرة.
- خوف من السقوط (Fear of Falling): كثير من كبار السن بعد أول سقطة يبدأون يخافون من الحركة، فيقل نشاطهم، تضعف عضلاتهم أكثر، ويزيد خطر السقوط مرة ثانية [4][10].

## 1.3\*afterheading[4] لماذا نسميه "حدث يمكن منعه" وليس "قضاء وقدر"؟

نحن نؤمن بالقضاء والقدر، لكن ديننا وعقلنا يقولان إن علينا الأخذ بالأسباب. الدلائل العلمية واضحة: تعديل البيئة + تمارين مناسبة + مراجعة طبية دورية يمكن أن يقلل نسبة السقوط بشكل ملموس [13][14][15].

الهدف من هذا الفصل:

- نفهم لماذا يسقط كبار السن
- نتعلم كيف نقيم الخطر في البيت
- نطبق خطوات عملية تقلل من احتمال أن نعيش تجربة سقوط مؤلمة مثل التي عشتها مع والدي

2.\*afterheading[4] كيف يعمل التوازن في جسم الإنسان؟

التوازن عند الإنسان ليس "حاسة واحدة"، بل نتيجة تعاون ثلاث أنظمة رئيسية [5][6][7]:

2.1.\*afterheading[4] العيون (النظام البصري)

— تعطينا صورة عن المكان حولنا: الدرج، السجاد، العوائق، مستوى الإضاءة...

— مع التقدم في العمر، يتأثر النظر بسبب:

· إعتام عدسة العين

· ضعف الرؤية الليلية

· أمراض مثل الجلوكوما

— الدراسات توضح أن ضعف النظر يزيد خطر السقوط بشكل واضح [6].

2.2.\*afterheading[4] الأذن الداخلية (النظام الدهليزي)

— جزء حساس موجود في الأذن الداخلية يرسل للدماغ معلومات عن حركة الرأس واتجاه الجاذبية [5].

— مع العمر وبعض الأمراض، ممكن يحصل:  
· دوار

· إحساس "لّفة" أو عدم ثبات

— هذه المشاكل تزيد خطر السقوط خاصة عند الوقوف المفاجئ أو الالتفات السريع.

2.3\*afterheading[4] الإحساس العميق (Proprioception)

— مستقبلات حسية في العضلات والمفاصل والجلد تخبر الدماغ:  
· أين قدمي الآن؟

· هل الركبة مثنية أو ممدودة؟

— في كبار السن، يتأثر الإحساس العميق بسبب:  
· التقدم في السن نفسه

· أمراض مثل سكري الأطراف (اعتلال الأعصاب الطرفية)

2.4\*afterheading[4] ماذا يعني هذا عملياً؟

الشاب إذا تعثر:

— عينه تشوف المشكلة

— أذنه الداخلية تحس بالاختلال

— الإحساس العميق يبلغ عن وضع القدم

---

— والعضلات تستجيب بسرعة لتصحيح التوازن

كبير السن:

— المعلومات توصل متأخرة

— والعضلات أضعف

— وردة الفعل أبطأ

— فيسقط قبل ما يمدّي جسمه يعدّل وضعه [7][8].



---

3. afterheading[4] لماذا يسقط كبار السن؟ (عوامل الخطر)

3.1 afterheading[4] عوامل داخلية (من الشخص نفسه)

1. ضعف العضلات وقلة الحركة

— عضلات الفخذ والساق هي "فرامل" الجسم وقت التعثر.

— قلة النشاط اليومي تضعفها، فيصبح أي دفع بسيط أو تعثر سبباً للسقوط [8][15].

2. اضطراب المشي والتوازن

— مشية بطيئة جداً

- جر القدمين بدل رفعهما (Shuffling gait)
- فرق واضح بين قوة الجانبين (مثلاً بعد جلطة دماغية) [8][9][11].
- 3. أمراض مزمنة
- السكري □ اعتلال أعصاب القدمين، ضعف الإحساس بالأرض
- باركنسون □ تجدد في الحركة، خطوات قصيرة، فقدان توازن
- خشونة الركبة والورك □ ألم، مشية غير ثابتة
- هبوط الضغط الانتصابي □ دوخة عند الوقوف المفاجئ [9][10]
- 4. الأدوية المتعددة
- الأدوية المهدئة، أدوية النوم، بعض أدوية الضغط والقلب قد تسبب:
  - دوخة، نعاس، بطء في ردود الأفعال
- استخدام عدد كبير من الأدوية يزيد خطر السقوط [10][11]
- المهم: لا توقف ولا تعدّل أي دواء بدون طبيب.
- 5. الخوف من السقوط
- بعد سقطة قوية، بعض كبار السن:
  - يقللون حركتهم
  - يتجنبون المشي داخل أو خارج البيت
- هذا يزيد الضعف العضلي ويزيد خطر سقوط جديد [4][10].

3.2\*afterheading[4] عوامل بيئية (من البيت نفسه)

الدراسات السعودية توضح أن أغلب السقطات تحصل داخل البيت [2][3]:

#### 1. الحمام

— أرضية مبلولة وزلقة

— عدم وجود مقابض في الجدران

— مرحاض منخفض يصعب الوقوف منه

#### 2. الممرات والصالة

— سجاد صغير غير مثبت

— أسلاك كهرباء على الأرض

— طاولات صغيرة بوسط المسار

— ألعاب أطفال أو عوائق متفرقة

#### 3. الإضاءة

— ممرات مظلمة

— عدم وجود إضاءة ليلية

— الانتقال من غرفة مضيئة إلى ممر مظلم

#### 4. الدرج والعتبات

— درج بدون درابزين جيد

— عتبة عالية عند باب الحمام أو البلكونة

#### 5. الأحذية والملابس

- شُبشب مفتوح ينزلق بسهولة
- جوارب على أرض سيراميك
- ثياب أو عباءة طويلة تجرّ على الأرض



4. \*afterheading [4] كيف نقيم خطر السقوط في البيت؟

■ تنبيه مهم:

لا تجربّ أي اختبار توازن مع كبير السن وهو لوحده. لازم يكون شخص واقف جنبه، جاهز يمسه إذا اختلّ توازنه.

4.1 \*afterheading [4] اختبار الوقوف بقدمين متلاصقتين

الطريقة:

1. خلي كبير السن يقف:
- القدمين متقاربتين قدر الإمكان.
  - العينان مفتوحتان.
  - قريب من طاولة أو كرسي يمسه لو احتاج.

2. حاول يخلي وضعيته ثابتة لمدة 30 ثانية.

كيف نقرأ النتيجة؟ [11]

- لو قدر يثبت 30 ثانية بدون تمسك واضح □ توازن جيد.
  - لو تمايل أو فتح رجوله بعد أقل من 30 ثانية □ توازن متوسط.
  - لو ما قدر يثبت أصلاً أو اضطر يمسك بقوة طوال الوقت □ خطر سقوط مرتفع.
- توقف فوراً إذا:

- حس بدوخة مفاجئة أو غباش في النظر.
  - قال لك إنه ”بيطيح“ أو تلاحظ رجوله تنهار.
  - اشتكى من ألم حاد في الركبة أو الورك أو الصدر.
- لو حصل أي من هذه، أوقف الاختبار فوراً، رجّعه يجلس، وبلغ الطبيب لاحقاً.

4.2\*afterheading [4] اختبار الوقوف على قدم واحدة

الطريقة:

1. دعه يقف بالقرب من طاولة ثابتة أو سطح يمسكه.
2. يرفع قدم واحدة قليلاً عن الأرض.
3. نحسب كم ثانية يقدر يثبت بدون ما يرجع القدم للأرض.

كيف نقرأ النتيجة؟ [11]

- أكثر من 10 ثوانٍ □ ممتاز.

- بين 5-10 ثوانٍ □ مقبول لكن التوازن قابل للتحسين.
  - أقل من 5 ثوانٍ أو ما قدر يرفع رجله □ خطر سقوط مرتفع.
- توقف فوراً إذا:**
- بدأت رجله تهتز بقوة ورأيته على وشك السقوط.
  - حس بألم حاد في مفصل الورك أو الركبة أو الكاحل.
  - ظهرت عليه علامات دوار أو تعرق مفاجئ.
- 4.3\*afterheading [4] اختبار "القيام والمشي والعودة" (Timed Go & Up TUG)
- الطريقة: [12][13]
1. يجلس كبير السن على كرسي عادي (ارتفاع متوسط، له مساند للذراعين إن أمكن).
  2. نخط علامة على الأرض على بعد 3 أمتار.
  3. نعطيه التعليمات:
- "لما أقول (ابداً)، تقوم من الكرسي، تمشي لين العلامة، تلف، ترجع، وتجلس مرة ثانية."
4. نبدأ توقيت من لحظة ما يبدأ يقوم، إلى أن يجلس مرة أخرى.
- كيف نقرأ النتيجة؟**
- أقل من 10 ثوانٍ □ طبيعي (ل كبار السن النشيطين).
  - بين 10-14 ثانية □ مقبول، لكن ننتبه لعوامل خطر أخرى.

— أكثر من 14 ثانية □ خطر سقوط أعلى، يحتاج تقييم من أخصائي علاج طبيعي.

توقف فوراً إذا:

— توقف في منتصف الطريق وقال "ما أقدر أكل".

— بدا يميل لجهة واحدة أو فقد توازنه بوضوح.

— شكى من ألم حاد في الصدر أو ضيق تنفس أو دوخة قوية.

4.4\*afterheading [4] قائمة تدقيق سريعة للبيت

تقدر تطبعها وتخط علامة □ أو □:

الحمام:

— هل يوجد بساط مطاطي مانع انزلاق داخل وخارج الدش؟

— هل توجد مقابض إمساك بجوار المراض وفي منطقة الاستحمام؟

— هل ارتفاع المراض مناسب (مو منخفض جداً)؟

— هل الإضاءة قوية وواضحة في الحمام والممر المؤدي له؟

غرفة النوم:

— هل ارتفاع السرير متوسط (مو واطي جداً)؟

— هل يوجد مصباح قريب من السرير سهل الوصول؟

— هل الطريق من السرير للحمام خالٍ من العوائق ليلاً؟

الممرات والصالة:

- هل تمت إزالة أو تثبيت السجاد الصغير؟
- هل تم إبعاد أسلاك الكهرباء من طريق المشي؟
- هل توجد إضاءة ليلية في الممرات؟
- هل الطااولات الصغيرة والأشياء المتناثرة بعيدة عن مسار المشي؟
- كل " " في هذه القائمة هو فرصة لتعديل بسيط قد ينقذنا من كسور خطيرة.



5.5\*afterheading [4] كيف نمنع السقوط؟ خطوات عملية للأسرة

5.5.1\*afterheading [4] تعديل البيئة أولاً (أسهل وأرخص خطوة)

في الحمام:

- تركيب مقابض إمساك بجوار المراض وداخل الدش [13].
- استخدام كرسي حمام مرتفع (أو قاعدة ترفع ارتفاع المراض 10-15 سم).
- وضع بسط مطاطية مانعة للانزلاق.
- التأكد من تجفيف الأرضية بعد تنظيفها أو بعد الاستحمام.

في الممرات والصالة:

- إزالة السجاد الصغير أو تثبيته بلاصق قوي.
- تنظيم الأسلاك حول الجدران، وليس في وسط الطريق.
- إبعاد الطاولات الصغيرة أو الكراسي من مسار الحركة.
- الإضاءة:

- تركيب مصابيح ليلية في الممر من غرفة النوم إلى الحمام.
- التأكد من وجود مفتاح إنارة عند باب كل غرفة.
- تجنب الانتقال المفاجئ من غرفة مضيئة إلى ممر مظلم.
- الأحذية والملابس:

- تشجيع كبير السن على ارتداء حذاء مغلق بنعل مطاطي مانع للانزلاق.
- تجنب الشبشب المفتوح والجوارب على السيراميك.
- تعديل طول الثوب أو العباءة بحيث لا يجزّ على الأرض.

5.2\*afterheading[4] تمارين بسيطة لتحسين التوازن والقوة

التفاصيل الكاملة لبرنامج التمارين في الفصل السادس، لكن هنا نضع المبادئ الأساسية:

- نحس إلى عشر دقائق حركة يومية أفضل من الجلوس طول اليوم.
- تمارين مثل:
  - الجلوس والقيام من كرسي ثابت عدة مرات (مع وجود مرافق في البداية).
  - الوقوف خلف الكرسي والتعلق بمسند الكرسي، ثم محاولة الوقوف على قدم واحدة لثوانٍ (مع الأمان الكامل).

الدراسات توضح أن برامج التمارين التي تركز على التوازن وقوة الأطراف السفلية تقلل خطر السقوط بصورة واضحة [14][15].

لكن:

— لا تبدأ برنامج تمارين مكثف بدون استشارة الطبيب، خاصة لو فيه أمراض قلب أو ضغط أو دوخة متكررة.

5.3\*afterheading [4] مراجعة الأدوية والنظر والسمع

— مراجعة الأدوية مع الطبيب كل 3-6 أشهر:

• التركيز على الأدوية المسببة للدوخة أو النعاس.

• إعادة تقييم الجرعات والتوقيت إذا أمكن [10][11].

— فحص النظر والسمع سنوياً:

• تحديث النظارة عند الحاجة.

• علاج مشاكل مثل الماء الأبيض أو الجلوكوما.

• تقييم الأذن الداخلية إذا فيه دوار متكرر [6][9].

5.4\*afterheading [4] استخدام الأجهزة المساعدة (العصا، المشاية...)

إذا كان التوازن ضعيفاً، فاختيار جهاز مشي مناسب (عصا، مشاية، روليتور) يقلل خطر

السقوط عندما يُستخدم بالشكل الصحيح.

سنفصل ذلك في الفصل الخامس، لكن المهم الآن:

- 
- لا نعطي كبير السن عصا عشوائية ”من باب المجاملة“.
  - الأفضل استشارة أخصائي علاج طبيعي لاختيار الارتفاع والنوع المناسب.



---

6.1\*afterheading [4] ماذا نفعل بعد السقوط؟

6.1\*afterheading [4] اللحظات الأولى

لو سقط كبيرك:

1. ابقَ هادئاً وطمئننه:  
— ”أنا معك، لا تتحرك للحين، بس بنشوف كيف وضعك.“
2. اسأله بهدوء:  
— ”تحس بآلم وين بالضبط؟“  
— ”تقدر تحرك رجولك؟ يديك؟“
3. لا تحاول تشيله بسرعة قبل ما تتأكد أنه ما فيه كسر أو إصابة خطيرة.

6.2\*afterheading[4] متى نتصل بالإسعاف فوراً؟

اتصل على 997 أو 999 فوراً إذا لاحظت أي من التالي:

- فقدان وعي أو تشوش شديد.
  - ألم حاد في الورك (خاصة لو ما يقدر يوقف أو يحرك الرجل) - مثل حالة كسر عنق عظمة الفخذ.
  - تشوه واضح في الساق أو الذراع.
  - نزيف من الرأس أو جرح عميق.
  - ألم في الصدر، ضيق تنفس، أو تعرق شديد مفاجئ.
- هذه الحالات لا تحتمل التجربة، ولا نحاول "نقومه ونشوف"؛ الإسعاف هو القرار الصحيح.

6.3\*afterheading[4] لو ما كان فيه علامات خطر واضحة

- نساعدته يجلس أولاً، مويوقف فوراً.
- نخليه يجلس دقائق، نسأله عن الدوخة والألم.
- حتى لو قام ومشى "يبدو طبيعي"، يفضل:
  - نبلغ الطبيب في أقرب موعد.
  - نراجع الأدوية.
  - نعمل تقييم جديد للبيت والبيئة.

---

#### 6.4\*afterheading[4] أهم نقطة بعد أول سقطة

أي سقطة تعتبر جرس إنذار. لو تجاهلناه، احتمال تكرر السقوطات بنسبة أعلى بكثير [4][9][13].

بعد أول سقطة:

1. نحلل السبب (أين، متى، على أي أرضية؟ بعد دواء معين؟ في الظلام؟).

2. نعدّل البيئة فوراً بناءً على السبب.

3. نطلب تقييم من طبيب الأسرة وأخصائي علاج طبيعي.

4. ندعم كبير السن نفسياً:

— لا نلومه، ولا نقول "ليش ما انتبهت؟"

— نركز على الحلول: "ماذا نعدّل؟ ماذا نضبط في البيت؟"



---

#### عندما\*afterheading[4] يصبح الخوف أكبر من السقوط نفسه

من أصعب المواقف التي أواجهها: كبير سن سقط مرة واحدة، ومن يومها رفض المشي. هذا ما نسميه "متلازمة ما بعد السقوط" — الخوف يشلّ الحركة أكثر من الإصابة نفسها.

كيف نتعامل مع هذا الخوف؟ أولاً، لا نستهنئ به أبداً لأنه حقيقي ومشروع. ثانياً، نبدأ بخطوات صغيرة جداً — حتى الوقوف بجانب السرير لثوانٍ يُعتبر إنجازاً. ثالثاً، نحتفل بكل تقدم مهما بدا بسيطاً. وإذا استمر الخوف لأسابيع رغم المحاولات، قد يحتاج كبير السن دعماً نفسياً متخصصاً — وهذا ليس عيباً بل خطوة حكيمة.



7\*afterheading[4] خلاصة الفصل: كيف ننمي أهلنا من تكرار تجربتي مع والدي؟

بعد تجربة سقوط والدي وكسور الورك، صرت أرى كل بيت فيه كبير سن على أنه مشروع وقاية، وليس "قنبلة موقوتة".

أهم ما أود أن يخرج به القارئ من هذا الفصل:

1. السقوط عند كبار السن شائع... لكن يمكن منعه في كثير من الحالات.

2. التوازن يعتمد على:

— العيون

— الأذن الداخلية

— الإحساس العميق

— ومع العمر والأمراض والأدوية تتأثر هذه الأنظمة [5][6][7][8].

3. العوامل الداخلية (ضعف عضلات، أمراض مزمنة، أدوية متعددة، خوف من السقوط) يمكن التعامل معها بالتعاون مع الطبيب وأخصائي العلاج الطبيعي [4][8][9][10][11].

4. العوامل البيئية (حمام، ممرات، سجاد، إضاءة، أحذية) كثير منها يمكن تعديله خلال أيام قليلة، بتكاليف بسيطة، لكن أثرها كبير [2][3][13][14].

5. تقييم التوازن لا يحتاج أجهزة معقدة؛ اختبارات بسيطة (قدمين متلاصقتين، قدم واحدة، TUG) تعطي فكرة جيدة عن مستوى الخطر - بشرط الالتزام بتحذيرات السلامة [11][12][13].

6. بعد أي سقطة، لا نكتفي بـ "الحمد لله عدت على خير"، بل:

— نبحث عن السبب

— نغير البيئة

— نراجع الأدوية

— ونبني خطة للوقاية من التكرار

في الفصول القادمة، راح ندخل في التفاصيل العملية أكثر:

— الفصل الخامس: كيف نختار ونستخدم العصا والمشيّة والكرسي المتحرك بأمان؟

— الفصل السادس: كيف نصمم برنامج تمارين منزلية بسيط، آمن، وواقعي يناسب كبار السن في بيوتنا؟

## المراجع\*afterheading [4] العلمية

Fact WHO facts. Key Falls: .(2021) Organization. Health World [1]  
Sheets.

and factors risk prevalence, Period .(2018) al. et F.Y., Almegbel [2]  
Saudi Riyadh, in living elderly Saudi the among falls of injuries consequent  
e019063. ,(1)8 ,*Open BMJ* study. cross-sectional A Arabia:

its and elderly among Falls .(2018) al. et S.A., Alshammari [3]  
environmental surrounding and problems health their with relation  
–29 ,(1)25 ,*Medicine Community and Family of Journal* Riyadh. in factors  
.34

Which falling: of fear and Falls .(2002) al. et S.M., Friedman [4]  
for strategies suggests model prediction longitudinal A first? comes  
*Geriatrics American the of Journal* prevention. secondary and primary  
.1335–1329 ,(8)50 ,*Society*

balance human for integration Sensory .(2018) R.J. Peterka [5]  
.42–27 ,159 ,*Neurology Clinical of Handbook* control.

people. older in falls for factors risk Visual .(2006) S.R. Lord [6]  
ii42–ii45. 35(suppl\_2) ,*Ageing and Age*

age- to Links aging: and control Motor .(2010) al. et R.D., Seidler [7]  
*Neuroscience* effects. biochemical and functional, structural, brain related  
.733–721 ,(5)34 ,*Reviews Biobehavioral &*

falls for guidelines World .(2022) al. et M., Montero-Odasso [8]  
*and Age* initiative. global A adults: older for management and prevention  
afac205. ,(9)51 ,*Ageing*

---

state- JACC hypotension: Orthostatic .(2011) al. et R., Freeman [9]  
 ,(11)72 ,*Cardiology of College American the of Journal* review. of-the-art  
 .1309–1294

9 of impact the of Meta-analysis .(2009) al. et J.C., Woolcott [10]  
 ,*Medicine Internal of Archives* persons. elderly in falls on classes medication  
 .1960–1952 ,(21)169

important an is balance One-leg .(1997) al. et B.J., Vellas [11]  
*American the of Journal* persons. older in falls injurious of predictor  
 .738–735 ,(6)45 ,*Society Geriatrics*

A Go”: & ”Up timed The .(1991) S. Richardson D., Podsiadlo [12]  
*the of Journal* persons. elderly frail for mobility functional basic of test  
 .148–142 ,(2)39 ,*Society Geriatrics American*

falls preventing for Interventions .(2012) al. et L.D., Gillespie [13]  
*Systematic of Database Cochrane* community. the in living people older in  
 CD007146. ,(9) ,*Reviews*

older in falls prevent to Exercise .(2019) al. et C., Sherrington [14]  
*of Journal British* meta-analysis. and review systematic updated An adults:  
 .1758–1750 ,(24)51 ,*Medicine Sports*

---

# 5

---

المشي والأجهزة المساعدة (العصا، المشاية،  
الكرسي المتحرك)

---

---

لماذا\*afterheading[4] هذا الفصل مهم للأسرة؟

في زيارات الرعاية المنزلية، أرى مشهداً يتكرر كثيراً:

- كبير سن يمشي بعضاً غير مناسبة (قصيرة جداً أو طويلة جداً).
- مشاية قديمة مكسورة العجلات يستخدمها شخص توازنه ضعيف جداً.
- كرسي متحرك يتحول من وسيلة مساعدة مؤقتة إلى "سجن متحرك" يمنع صاحبه من أي محاولة للمشي.

أحياناً يكون سقوط واحد سببه عصا غير مضبوطة، أو مشاية تُستخدم بطريقة خاطئة، أو إصرار الأسرة على أن كبيرهم "لسه يقدر يمشي بدون شيء" رغم أن الواقع يقول العكس.

هذا الفصل لا يهدف إلى إقناع كل أسرة أن تشتري عصا أو مشاية؛ الهدف أن:

- تعرف متى يكون الجهاز المساعد للمشي ضرورة، لا رفاهية.
  - تفهم أي نوع من الأجهزة يناسب حالة كبير السن في البيت.
  - تتعلم كيف تضبط ارتفاع العصا أو المشاية بطريقة صحيحة.
  - تتجنب الأخطاء الشائعة التي قد تجعل الجهاز نفسه سبباً في السقوط بدلاً من الوقاية منه.
- [1][6][9].



---

1. لماذا\*afterheading[4] متى نبدأ نفكر في جهاز يساعد على المشي؟

ليس كل كبير سن يحتاج عصا أو مشاية. ولكن هناك "علامات تحذير" إذا رأيناها، يجب أن نأخذ موضوع الأجهزة المساعدة بجدية [2][4][9]:

#### 1.1\*afterheading [4] علامات من مشية كبير السن نفسه

اسأل نفسك هذه الأسئلة عن كبيرك في البيت:

- هل يتشبّث بالجدران أو الأثاث وهو يمشي في البيت؟
- هل يمشي وهو منحني للأمام بشكل زائد؟
- هل خطواته قصيرة جداً ويجرّ قدميه بدل رفعهما؟
- هل تعرّض لسقطة في الأشهر الماضية؟
- هل يقول لك: "أخاف أطيح"، أو "أحس رجولي ما ثبت"؟

إذا كانت الإجابة نعم على أكثر من نقطة، فهذه إشارة أن توازنه لم يعد كما كان، وأن التفكير في عصا أو مشاية قد يكون خطوة حماية، لا إهانة [1][2][10].

#### 1.2\*afterheading [4] علامات من قوة العضلات والقدرة على التحمل

- صعوبة القيام من الكرسي بدون مساعدة.
  - الحاجة للاستناد على الطاولة أو شخص آخر عند الوقوف.
  - تعب شديد بعد مشي مسافة قصيرة داخل البيت.
- هذه العلامات غالباً ترتبط بضعف عضلات الفخذين والساقين (Sarcopenia) وقلة الحركة [8]. في هذه الحالات، قد يجتمع:

ضعف عضلي + توازن غير مستقر + بيئة منزلية فيها مخاطر = خطر سقوط مرتفع [2][4][8].

---

### 1.3\*afterheading[4] عوامل مرضية تزيد أهمية الأجهزة المساعدة

هناك حالات يكون فيها استخدام جهاز للمشي جزءاً من الخطة العلاجية، وليس خياراً ثانوياً:

- بعد كسر في الورك أو الحوض أو كسر أسفل الساق [7].
- بعد جلطة دماغية سببت ضعفاً في جهة واحدة من الجسم [4][11].
- في حالات باركنسون واضطرابات المشي المزمنة.
- بعد عملية استبدال مفصل الركبة أو الورك.

في هذه الحالات، الدراسات تبين أن استخدام الجهاز المناسب في الوقت المناسب يساعد على:

- استعادة القدرة على المشي بأمان.
- تقليل السقوط خلال فترة التعافي.
- تشجيع المريض على الحركة بدل الخوف والجلوس المستمر [1][7][11].



---

### 2.\*afterheading[4] فكرة أساسية: الجهاز ليس "علامة عجز" بل أداة لاستعادة

الاستقلال

كثير من كبار السن يرفضون فكرة العصا أو المشاية؛ لأنهم يربطونها بصورة "العجز".  
دور الأسرة هنا حاسم:

— بدل ما نقول:  
< ”خلاص كبرت وتحتاج عصا“  
نقول:  
< ”نبي نرتّب لك جهاز يساعدك تمشي بأمان أكثر، عشان تبقى تتحرك وتزور وتروح وتجي وأنت ثابت.“

الدراسات في كبار السن توضح أن قبولهم للجهاز المساعد للمشي يزيد عندما:

- يشعرون أن القرار تشاركي، ليس مفروضاً عليهم [9][13].
- يفهمون كيف سيحميهم من السقوط.
- لا يشعرون أنه ”سجن“ يمنعهم من الحركة، بل أداة تشجّعهم على الخروج من الغرفة والصالة [1][9][13].

أذكر مريضاً في الثمانين رفض المشاية تماماً أول مرة عرضتها عليه. قال لي: ”يا ولدي، أنا لم أصل لهذه المرحلة بعد.“

لم أجادله. تركت المشاية في زاوية الغرفة وقلت له: ”تبقى هنا، لو احتجتها يوماً.“  
بعد أسبوعين، في زيارتي التالية، وجدته يمشي بها في الصالة. ابنه قال لي: ”أبي صار يستخدمها ليلاً حين يذهب للحمام.“

الدرس هنا بسيط: القبول يحتاج وقتاً أحياناً، والإجبار يأتي بنتائج عكسية.



---

3.\*afterheading [4] أنواع الأجهزة المساعدة للمشي (نظرة شاملة)

سنتناول في هذا الفصل أكثر الأجهزة شيوعاً في بيوتنا:

1. العصا (Cane) بأنواعها.
2. المشاية (Walker) بأنواعها.
3. الكرسي المتحرك (Wheelchair).

لن نتوسع في العكازات الرياضية (Crutches) لأنها تُستخدم غالباً لفترات قصيرة بعد إصابات معينة.



#### 4. \*afterheading [4] العصا (Cane)

##### 4.1 \*afterheading [4] متى تكون العصا خياراً مناسباً؟

العصا تناسب عادة:

— كبار السن الذين:

- يستطيعون المشي بدون مساعدة شخص، لكن توازنهم ليس مثالياً.
- تعرضوا لسقوط واحد أو أكثر، ويحتاجون "نقطة دعم" إضافية.

— حالات ألم مفصل واحد في الطرف السفلي (مثلاً: خشونة ركبة أو مفصل ورك) مع قدرة معقولة على التحكم والتوازن [1][4][9][12].

لا تناسب العصا وحدها:

- شخص يتمايل يميناً ويساراً بشكل واضح.
- من لا يستطيع رفع قدميه جيداً.

— من يحتاج يدين الاثنين ليتوازن. هؤلاء غالباً يحتاجون مشاية، لا عصا [6][9][12].

#### 4.2\*afterheading [4] أنواع العصا الشائعة

- العصا العادية (مقبض واحد):  
مناسبة لمن يحتاج دعماً بسيطاً فقط.
- عصا رباعية القاعدة (Quad): (Cane)  
لها قاعدة بأربع نقاط تماس مع الأرض، تعطي ثباتاً أعلى، لكنها أثقل قليلاً وقد نتعثر في السجاد أو العتبات إن لم تُستخدم صح [1][9][12].

#### 4.3\*afterheading [4] كيف نضبط ارتفاع العصا بطريقة صحيحة؟

طريقة عامة مدعومة في المراجع الإكلينيكية [6][9][12]:

1. نطلب من كبير السن أن يقف منتصباً قدر استطاعته، وهو مرتدي الخذاء الذي يمشي به غالباً.
2. نضع العصا بجانبه من الجهة المقابلة للرجل المصابة (مثلاً: لو الركبة اليمنى تؤلمه، نضع العصا في اليد اليسرى).
3. نضبط طول العصا بحيث:
  - يكون مقبض العصا عند مستوى عظمة رسغ اليد تقريباً.
  - عندما يمسك المقبض، يكون الكوع مثنيًا حوالي 20-30 درجة (انحناء بسيط مريح).

لو العصا أقصر من اللازم:

- ينحني كبير السن للأمام.

- يزداد الضغط على الظهر والكتف.
- يقلّ الأمان في المشي.

لو العصا أطول من اللازم:

- يرتفع الكتف، ويتوتر العنق.
- تقل فعالية العصا في دعم التوازن.

4.4\*afterheading [4] كيف نستخدم العصا أثناء المشي؟

قاعدة بسيطة تُعلّم لكبير السن وللمرافق:

- العصا تكون في اليد العكسية للطرف المؤلم أو الأضعف.
- تسير العصا مع الرجل المصابة في نفس الوقت:
  - خطوة بالعصا + الرجل المؤلمة.
  - ثم خطوة بالرجل السليمة.
- هذا النمط يساعد على نقل جزء من الوزن من المفصل المؤلم إلى العصا [9][12].

4.5\*afterheading [4] أخطاء شائعة مع العصا

من الواقع اليومي:

- استخدام العصا في اليد نفسها لجهة الركبة المؤلمة، وهذا يقلل فائدتها ويزيد اللخبطة.
- شراء عصا جاهزة دون ضبط ارتفاعها حسب طول صاحبها.
- استخدام العصا "شكلاً فقط" مع الاستمرار في التثبيت بالجدران أو شخص آخر.
- وضع طرف العصا بعيداً جداً للأمام أو للجانب، فيصير فيها نوع من "الشد" بدل الدعم.

القاعدة الذهبية:

العصا الجيدة = ارتفاع صحيح + جهة صحيحة + نمط مشي صحيح.

5. \*afterheading [4] المشاية (Walker)

5.1 \*afterheading [4] متى نحتاج مشاية بدل العصا؟

المشاية خيار منطقي عندما:

- التوازن أضعف من أن تكفيه عصا وحدها.
- كبير السن يحتاج دعماً بيديه الاثنتين، وليس يداً واحدة.
- بعد عمليات عظام أو جلطات دماغية في المرحلة المبكرة من إعادة التأهيل [1][4][6][11].

أنواع شائعة:

1. مشاية ثابتة بدون عجلات:  
تعطي أعلى مستوى من الثبات، لكنها تحتاج قوة أكبر لرفعها خطوة بخطوة.
2. مشاية بعجلتين أماميتين:  
تسمح بدفع المشاية بدل رفعها، مناسبة لكبار السن الذين يستطيعون التحكم في سرعة المشي نوعاً ما.
3. روليتور (Rollator) - أربع عجلات + فرامل + كرسي صغير):  
شائع في الدول الغربية، يحتاج قدرة إدراكية حركية جيدة؛ لأن التحكم بالفرامل أساسي [6][9][12].

في بيئتنا المنزلية، الأكثر عملياً لكبار السن غالباً:

- مشاية ثابتة أو بعجلتين، حسب قوة العضلات والتوازن.

5.2\*afterheading [4] ضبط ارتفاع المشاية

نفس فكرة العصا تقريباً [6][9][12]:

1. يقف كبير السن داخل المشاية، يده على المقبضين.
2. يكون الكوع مثنيًا حوالي 20-30 درجة.
3. لو كان ينحني كثيراً للأمام لإمساك المشاية، فهذا يعني أنها منخفضة جداً.

5.3\*afterheading [4] طريقة المشي بالمشاية (خطوات بسيطة)

نشرح للأسرة طريقة تسلسلية:

1. تقديم المشاية قليلاً للأمام (حوالي خطوة صغيرة).
  2. خطوة بالرجل الأضعف أو المؤلمة إلى داخل إطار المشاية.
  3. ثم خطوة بالرجل الأقوى للحاق بها.
- بهذا الترتيب، يكون الوزن مدعوماً بالمشاية عندما تتحرك الرجل الأضعف، مما يحميها [1][6][9].

5.4\*afterheading [4] أخطاء شائعة مع المشاية

- دفع المشاية بعيداً جداً للأمام، فيصبح الجسم خلفها ولا يمكن اللحاق بها بأمان.
- الانحناء الشديد فوق المشاية، فيزيد ألم الظهر ويقل التوازن.
- المشي بالمشاية على سجاد سميك أو عتبات عالية بدون تعديل بيئة البيت.

— استخدام روليتور بأربع عجلات مع شخص لا يستطيع التحكم في الفرامل أو إدراك المخاطر جيداً [1][6][9][13].



6.1\*afterheading[4] الكرسي المتحرك (Wheelchair)

6.1\*afterheading[4] متى يكون الكرسي المتحرك ضرورة؟

- بعد عمليات كبيرة (مثل كسور الحوض أو الورك) في المرحلة الأولى قبل السماح بالتحميل الكامل على الرجل [4][7].
- في حالات ضعف شديد لا يسمح بالمشي لمسافات كافية داخل البيت حتى مع المشاية.
- عند وجود مشاكل عصبية أو عضلية متقدمة تجعل الوقوف نفسه خطيراً.

الهدف من الكرسي المتحرك في هذه الحالات:

- تمكين كبير السن من الخروج من غرفة النوم إلى الصالة.
- الذهاب للحمام أو العيادات أو الحوش بأمان.
- تجنب الجلوس المستمر في السرير (الذي يسبب تقرحات، وضعفاً أشد، ومضاعفات أخرى) [7].

6.2\*afterheading[4] الخطر الخفي: متى يتحول الكرسي إلى "سجن"؟

أحياناً تبدأ القصة كل مؤقت:

"خلونا نرتاح ونخطه على كرسي متحرك كم أسبوع."

ثم تتحول تدريجياً إلى:

"خلاص تعودنا عليه في الكرسي."

الدراسات في تأهيل ما بعد كسور الورك تشير إلى أن الاستخدام المفرط للكرسي، دون برامج حركة وتمارين، مرتبط بنتائج أسوأ على المدى البعيد [1][7][8]. لذلك:

- نستخدم الكرسي كأداة تسهيل للحركة، مع خطة واضحة لتمارين الوقوف والمشي متى ما كان ذلك طيباً آمناً.
- الكرسي لا يلغي الحاجة لتمارين قوة وتوازن؛ بل يجعل نقل كبير السن إلى مكان التمرين أسهل.

6.3\*afterheading[4] اعتبارات أساسية عند استخدام الكرسي في البيت

- التأكد من وجود فرامل تعمل جيداً واستعمالها قبل نقل المريض من الكرسي إلى السرير أو العكس.
- وجود مسند قدمين مضبوط؛ عدم ترك القدمين تتدلى؛ لأن هذا يعرضهما للضرب في العتبات والأبواب.
- وضع وسادة مناسبة لتخفيف الضغط على منطقة العجز، خصوصاً في الاستخدام اليومي الطويل.
- الانتباه لعرض الكرسي: ضيق جداً يسبب احتكاكاً؛ واسع جداً يقلل الثبات داخل الكرسي.

7.\*afterheading[4] كيف نختار الجهاز المناسب؟ (دليل مبسط للأسرة)  
يمكن للأسرة أن تستخدم هذه الأسئلة كـ "خريطة قرار" أولية، مع التأكيد أن رأي الطبيب وأخصائي العلاج الطبيعي هو الأساس [1][4][6][9]:

1. هل يستطيع كبير السن المشي دون أن يمسك أحداً؟
  - نعم، لكن توازنه متوسط □ غالباً عصا (مع ضبط جيد وتعليم صحيح).
  - لا، يحتاج دعماً متكرراً باليدين أو بالجدران □ نفكر في مشاية.
2. هل يستطيع استخدام اليدين جيداً؟
  - نعم □ العصا أو المشاية خيار ممكن.
  - لا (مثلاً: ضعف في اليدين أو ألم شديد في الكتفين) □ نحتاج تقييماً أدق، وأحياناً يكون الكرسي المتحرك أو حلول أخرى أنسب.
3. هل المشكلة الأساسية ألم في مفصل واحد، أم توازن عام وضعف عضلات؟
  - ألم وحيد في مفصل (مثلاً الركبة اليمنى) مع توازن مقبول □ العصا غالباً كافية.
  - ضعف عام في العضلات، تمايل واضح، تاريخ سقوط متكرر □ المشاية أكثر أماناً [1][4][8][11].
4. هل الهدف الأساسي هو المشي داخل البيت، أم التنقل لمسافات أكبر (مثلاً خارج البيت، للمستشفى أو الحوش)؟

- داخل البيت فقط، مع مسافات قصيرة □ عصا أو مشاية حسب الحالة.
- لمسافات طويلة، مع ضعف في القدرة على التحمل □ يمكن أن نجمع بين:
  - تدريب على المشي لمسافات قصيرة بعصا/مشاية.
  - استخدام كرسي متحرك في المسافات الأطول.



---

8.\*afterheading[4] نصائح عملية للأسر من واقع الزيارات المنزلية  
من التجربة اليومية، هذه نقاط صغيرة لكنها فارقة:

1. لا تشتري الجهاز من نفسك ثم تحاول "إقناع" كبير السن به بعدين.  
الأفضل تشاركه من البداية في القرار، وتسمع مخاوفه، وتشرح له فوائد الجهاز.
2. لا تسيء استخدام الأجهزة كعقاب أو ضغط نفسي:  
مثل: "إذا ما سمعت الكلام بنخطك على كرسي متحرك."  
هذه الجملة تجعل الكرسي رمزًا للعقاب، بدل أن يكون وسيلة مساعدة.
3. عدّل البيت مع الجهاز، لا الجهاز وحده:  
عصا + سجاد قابل للانزلاق + إضاءة ضعيفة = انخطر ما زال عاليًا.  
جهاز المشي يحتاج بيئة آمنة حوله ليعمل بفعالية.
4. راجع استخدام الجهاز بعد شهر أو شهرين:  
— هل تحسّن المشي أم ساء؟

— هل كثر الجلوس على الكرسي المتحرك بدل المشي؟

- هل ظهرت آلام جديدة في الكتف أو الظهر من طريقة استخدام العصا؟
5. استثمر زيارة واحدة مع أخصائي علاج طبيعي للتعليم والتعديل:
- جلسة واحدة صحيحة لتعليم استخدام العصا أو المشاية قد تساوي عشرات المحاولات العشوائية في البيت [1][6][9][11][12].



---

9\*afterheading[4] أسئلة شائعة من الأسر (FAQ مختصر)

س: 9\*afterheading[4] "أخاف لو استخدم عصا/مشاية يعتمد عليها ويكسل عن المشي!"

ج: الخطر الحقيقي ليس في العصا نفسها، بل في طريقة استخدامها. إذا استخدمت كجزء من خطة:

- تمارين بسيطة للقوة والتوازن.
  - تشجيع على المشي اليومي لمسافات مناسبة.
- فهي تساعد على زيادة الحركة بدل تقليلها [1][8][9][11][13].

---

س: \*afterheading[4] ”هل الأفضل أبدأ بعصا ولا أدخل مباشرة في مشاية؟“

ج: يعتمد على:

- مستوى التوازن.
- قوة العضلات.
- التاريخ السابق للسقوط.

الأبحاث تبين أن مطابقة الجهاز لدرجة العجز أفضل من التقليل أو المبالغة [1][4][6][11].  
في الشك، زيارة تقييم واحدة عند أخصائي علاج طبيعي تختصر عليك التخمين.

س: \*afterheading[4] ”كيف أعرف أن الوقت حان للتفكير في كرسي متحرك؟“

ج: عندما:

- يصبح المشي لمسافة قصيرة داخل البيت مرهقاً جداً، حتى بالعصا أو المشاية.
  - أو يكون خطر السقوط عالياً لدرجة تهدد سلامته في كل مرة يحاول الوقوف.
- هنا الكرسي قد يكون حماية، بشرط أن يكون جزءاً من خطة شاملة للحركة، لا بديلاً دائماً عنها [4][7][8].



---

10. \*afterheading[4] خلاصة الفصل: الجهاز الصحيح في الوقت الصحيح

هذا الفصل يمكن تلخيصه في نقاط عملية:

1. لسنا ضد الأجهزة ولا معها بشكل مطلق؛ نحن مع "الجهاز المناسب للشخص المناسب في الوقت المناسب".

2. العصا تناسب من يحتاج دعماً بسيطاً إضافياً، مع ضبط جيد للطول وطريقة المشي [6][9][12].

3. المشاية تناسب من يحتاج دعماً ثنائياً اليدين وتوازناً أعلى، خصوصاً بعد العمليات أو في حالات الضعف العضلي العام [1][4][6][11].

4. الكرسي المتحرك أداة مهمة للحفاظ على الحركة خارج السرير، لكن استخدامه يجب ألا يلغي برامج التمارين والمشي متى ما كان ذلك ممكناً طبيياً [4][7][8].

5. قبول كبير السن للجهاز يزيد عندما يفهم أنه وسيلة لحماية استقلالته، وليس إعلان نهاية قدرته على المشي [9][10][13].

6. أهم خطوة: لا تتعامل مع الجهاز كبديل عن تعديل البيت وتمرين التوازن؛ بل كجزء من منظومة حماية تشمل:

- بيئة منزلية آمنة.
- برنامج حركة بسيط يناسب عمره وحالته الصحية.
- متابعة طبية وعلاج طبيعى عند الحاجة.

الآن بعد أن عرفنا متى نستخدم العصا والمشاية والكرسي المتحرك وكيف نختارها، حان الوقت للسؤال الأهم: كيف نبني برنامج تمارين منزلية يقوّي العضلات ويحسن التوازن، حتى يحتاج كبير السن لهذه الأجهزة أقل وأقل مع الوقت؟



---

balance for devices Assistive .(2005) E. B. Maki, & H., Bateni, [1]  
*of Archives* consequences. adverse and demands, benefits, mobility: and  
.145–134 ,(1)86 ,*Rehabilitation and Medicine Physical*

Vecchia, La R., Foschi, F., Bravi, E., Lucenteforte, S., Deandrea, [2]  
community-dwelling in falls for factors Risk .(2010) E. Negri, & C.,  
,(5)21 ,*Epidemiology* meta-analysis. and review systematic a people: older  
.668–658

et A., M. Aldawsari, M., A. Alhassan, A., S. Alshammari, [3]  
problems health their with relation its and elderly among Falls .(2018) al.  
*and Family of Journal Riyadh*. in factors environmental surrounding and  
.34–29 ,(1)25 ,*Medicine Community*

gait and falls of management and Assessment .(2009) H. H. Liu, [4]  
–355 ,(2)93 ,*America North of Clinics Medical* adults. older in disorders  
.369

and balance on aids walking of effect The .(2003) Y. Laufer, [5]  
stance various in hemiparesis with patients of patterns weight-bearing  
.122–112 ,(2)83 ,*Therapy Physical* positions.

.(2003) D. B. Weiss, & D., Demonbreun, W., F. Hook, Van [6]  
*American* elderly. the in disorders gait chronic for devices Ambulatory  
.1724–1717 ,(8)67 ,*Physician Family*

T. Finnegan, & C., J. Mak, D., I. Cameron, H., H. Handoll, [7]  
hip with people older for rehabilitation Multidisciplinary .(2021) P.  
.(11)2021 ,*Reviews Systematic of Database Cochrane* fractures.

Sarcopenia: .(2019) al. et J., Bauer, G., Bahat, J., A. Cruz-Jentoft, [8]  
*,Ageing and Age* diagnosis. and definition on consensus European revised  
.31–16 ,(1)48

assistive Geriatric .(2011) R. C. Hernandez, & M., S. Bradley, [9]  
.411–405 ,(4)84 ,*Physician Family American* devices.

D. Kendrick, & S., Ilffie, R., Morris, H., Carpenter, A., Kumar, [10]  
community- in falling of fear with associated are factors Which .(2014)  
.84–76 ,(1)43 ,*Ageing and Age* people? older dwelling

---

devices walking Assistive .(2009) L. Rogerson, & F., S. Tyson, [11]  
 effects the stroke: after rehabilitation undergoing patients nonambulant in  
 opinion. patients' and impairments, walking mobility, functional on  
 .479–475 ,(3)90 ,*Rehabilitation and Medicine Physical of Archives*  
 walkers. and crutches Canes, .(1991) L. R. Kirby, & M., B. Joyce, [12]  
 .542–535 ,(2)43 ,*Physician Family American*  
 Making .(2007) GHAS. & S., Ebrahim, R., Gooberman-Hill, [13]  
 aids. walking of use people's older interventions: simple about decisions  
 .573–569 ,(5)36 ,*Ageing and Age*  
 .(2019) (APTA). Association Therapy Physical American [14]  
 Guidelines. APTA .*System Movement the and Practice Therapist Physical*

---

---

# 6

---

كيف نصمّم برنامج تمارين منزلية آمن وواقعي  
ل كبار السن؟

---

---

من\*afterheading[4] الميدان

أذكر مريضة في السبعين زرتها بعد شهرين من خروجها من المستشفى إثر كسر في الورك. وجدتها جالسة على كرسيها طول اليوم، والأسرة تقول: "نخشى أن نتعب". سألتها: "كم مرة تقومين من الكرسي في اليوم؟" قالت: "مرتين فقط، للحمام". بعد ثلاثة أشهر من برنامج تمارين بسيط — خمس دقائق صباحاً وخمس دقائق مساءً — صارت تمشي في الصالة وتجلس مع الضيوف بدون مساعدة. ليس السر في تمارين معقدة، بل في الاستمرارية والتدرج.



---

لماذا\*afterheading[4] أصرّ على التمارين المنزلية في كل زيارة؟

في الرعاية المنزلية، أرى نمطاً يتكرر بشكل مزعج:

- كبير سن يقضي أغلب اليوم بين السرير والكنبة.
- مشي محدود جداً داخل البيت (إلى الحمام، أو طاولة الطعام فقط).
- الأسرة تقول بحسن نية:  
< "نخشى أن يتعب... نخشى أن يسقط... دعه يرتاح."

لكن الأدلة العلمية تقول لنا شيئاً مختلفاً تماماً:

- قلة الحركة مع العمر تزيد من ضعف العضلات . (Sarcopenia)
- ضعف العضلات والتوازن يزيدان خطر السقوط، والاعتماد على الآخرين، ومضاعفات صحية أخرى [1][2][3][8][18].
- برامج التمارين البسيطة، المنتظمة، ساعدت في دراسات كبيرة على:
  - تقليل خطر السقوط،
  - تحسين القدرة على المشي،
  - الإبقاء على الاستقلالية لفترة أطول [2][3][13][16][18].

هذا الفصل موجه لك كأسرة:

كيف نُحوّل بيتك إلى ”مركز تأهيل صغير“  
 برنامج تمارين بسيط، آمن، وواقعي، يناسب كبير السن في بيتكم؟  
 لن نضع برنامجاً ”مثالياً على الورق“ يصعب تطبيقه، بل خطة عملية:

- تحترم عمر وحالة كبير السن،
- تراعي الأمراض المزمنة والحرارة في السعودية،
- يمكن تنفيذها في غرفة وصالة، بدون أجهزة معقدة.




---

1. \*afterheading [4] لماذا التمارين مهمة لكبار السن؟

## 1.1\*afterheading[4] ما الذي نريد أن نحافظ عليه؟

مع تقدم العمر، أهم ما نريد الحفاظ عليه عند كبير السن:

- القدرة على القيام والجلوس،
- المشي داخل البيت وخارجه لمسافة معقولة،
- توازن يمنع السقوط،
- قوة كافية لحمل أغراض خفيفة، أو استخدام الحمام بأمان.

الدراسات توضح أن برامج النشاط البدني المنتظمة تؤثر على هذه الأمور جميعاً:

- تقوي العضلات،
- تحسن التوازن،
- ترفع القدرة على التحمل،
- تحافظ على الاستقلالية [1][2][3][11][13][18].

## 1.2\*afterheading[4] ماذا يحدث لو تركنا كبير السن بدون حركة؟

”الراحة الكاملة” لكبير السن تؤدي إلى:

- ضعف عضلي سريع (خاصة في عضلات الفخذ والساق) [3][8][15].
- زيادة تيبس المفاصل وآلام الظهر والركبتين.
- ارتفاع احتمال السقوط؛ لأن أي تعثر بسيط يصبح أخطر.
- زيادة خطر مضاعفات أخرى (تقرحات، جلطات، إمساك...).

دراسة LIFE الشهيرة على كبار السن بينت أن برنامج نشاط بدني منظم قلل بشكل واضح من الإعاقة الحركية الكبرى مقارنة بمجموعة ”التثقيف الصحي بدون تمرين” [18].

2. \*afterheading [4] مبادئ أساسية قبل البدء  
قبل أن نرسم أي برنامج، هناك مبادئ لا نتجاوزها:

2.1 \*afterheading [4] سلامة أولاً (Safety) (First)  
قبل البدء ببرنامج جديد، خصوصاً إذا كان كبير السن يعاني من:

- أمراض قلب أو صدر،
- ضيق نفس مع أقل مجهود،
- دوخة متكررة أو إغماءات،
- آلام صدر غير مفسرة،

فمن الضروري مراجعة الطبيب للتأكد من أن التمارين المقترحة مناسبة له  
[4][10][11][16].

■ تنبيه مهم: إذا كان كبير السن يعاني من أحد هذه الأمراض، هناك احتياطات إضافية  
يجب مراعاتها. لمرضى السكري: راقب علامات انخفاض السكر كالتعرق والرجفة والدوخة،  
وتجنب التمارين قبل الأكل مباشرة أو بعده مباشرة. لمرضى القلب والضغط: ابدأ ببطء شديد،  
وتوقف إذا شعر المريض بألم في الصدر أو ضيق نفس غير معتاد. للجميع: استشر الطبيب  
المعالج قبل البدء ببرنامج جديد، خاصة إذا كانت الأمراض غير مستقرة.

## 2.2\*afterheading[4] التدرّج (Slow) Go Low, (Start

الأبحاث والتوصيات العالمية (مثل ACSM وAGS) تؤكد مبدأ:

نبدأ بشيء بسيط ومقبول...ونزيد تدريجياً [2][3][4][10][15][18].

- لا نبدأ مباشرةً بمدة طويلة أو تمارين صعبة.
- نزيد عدد التكرارات أو الدقائق تدريجياً، بناءً على تحمل كبير السن.

## 2.3\*afterheading[4] "الحديث المريح" كمعيار للجهد (Talk Test)

طريقة عملية من الدراسات لمراقبة شدة التمرين بدون أجهزة:

- إذا كان كبير السن يستطيع التحدث بجمل كاملة أثناء التمرين بدون لهث واضح □ شدة معتدلة (مقبولة غالباً).
- إذا كان لا يستطيع إلا كلمات قليلة ويتقطع نفسه □ التمرين شديد أكثر من اللازم [8][9].

## 2.4\*afterheading[4] مقياس الجهد (Borg Scale - مختصر للأسرة)

مقياس بورغ للجهد (من 6 إلى 20) يستخدم كثيراً في الأبحاث [8].  
يمكن تبسيطه للأسرة كالتالي:

- 0-1: راحة تامة.
- 2-3: مجهود خفيف.
- 4-5: مجهود متوسط (مستوى زريده كثيراً من الوقت).
- 6-7: مجهود عالي (نستخدمه بحذر جداً).
- 8-10: مجهود أقصى (غير مناسب لكبار السن في البيت).



---

### 3.\*afterheading[4] أنواع التمارين التي نحتاجها في البيت

برنامج التمارين المنزلي الجيد ليس نوعاً واحداً فقط. فكّر فيه كوجبة متكاملة: نبدأ بالإحماء لتجهيز الجسم، ثم ننتقل إلى تمارين القوة للعضلات الأساسية، تليها تمارين التوازن لمنع السقوط، ثم تمارين المرونة للحفاظ على ليونة المفاصل، وأخيراً نشاط هوائي بسيط كالمشي. كل عنصر له دوره، والجمع بينها هو سر النتائج الحقيقية.

الأدلة العلمية تدعم الجمع بين هذه الأنواع لتقليل السقوط وتحسين الوظيفة  
[2][3][12][13][15][16][18].



---

### 4.\*afterheading[4] الإحماء (Warm-Up) - تجهيز الجسم قبل التمرين

#### 4.1\*afterheading [4] لماذا الإحماء ضروري؟

الإحماء يساعد على:

- رفع حرارة العضلات تدريجياً،
- تحسين تروية المفاصل،
- تقليل خطر الإصابة العضلية [5] [15].

#### 4.2\*afterheading [4] نموذج إحماء بسيط (5-10 دقائق)

يمكن للأسرة مساعدة كبير السن على:

- المشي البطيء داخل الصالة أو الممر لمدة 2-3 دقائق.
- حركات بسيطة للذراعين (رفع وخفض) وهو جالس أو واقف.
- حركات دائرية خفيفة للكاحلين (وهو جالس على كرسي).

توقف فوراً إذا:

- شعر بدوخة أو دوار.
- شعر بألم حاد في الصدر أو ضيق نفس غير معتاد.
- شعر بألم حاد في المفاصل (ليس مجرد شد بسيط).

في هذه الحالات، توقف التمرين، نجلسه، ونراقب. إذا استمر الألم أو الأعراض، يجب استشارة الطبيب.



## 5. [4]afterheading\*5. (Strength) (Training) تمارين القوة

5.1 [4]afterheading\*5. لماذا نركز على قوة عضلات الفخذ والساق؟  
الدراسات توضح أن قوة الأطراف السفلية مرتبطة بشكل وثيق بالقدرة على:

- القيام من الكرسي،
- صعود الدرج،
- المشي لمسافات معقولة،
- تجنب السقوط [3][12][13][14][18].

## 5.2 [4]afterheading\*5. مبادئ عامة لتمرين القوة

- نختار تمارين تستخدم وزن الجسم أو مقاومة خفيفة (مثل زجاجة ماء صغيرة).
- نهدف إلى 2-3 جولات في الأسبوع، مع يوم راحة بينهما لنفس العضلات [3][4][15].
- نبدأ بتكرارات قليلة (مثلاً 8 مرات)، ثم نزيد تدريجياً إلى 10-12 حسب التحمل [3][15].

التمرين\*afterheading[4] الأساسي: الجلوس والقيام من الكرسي

أعتبر هذا التمرين الأهم على الإطلاق لكبار السن. لو لم يكن لديك وقت إلا لتمرين واحد، اختر هذا.

لماذا هو مهم؟ لأن القيام من الكرسي حركة تؤديها عشرات المرات يومياً – للصلاة، للحمام، للأكل. إذا ضعفت هذه الحركة، تأثرت الاستقلالية بشكل مباشر.  
الطريقة:

– الوضعية: كرسي ثابت، ارتفاع مناسب، ويفضل وجود مسند للذراعين.  
– الخطوات:

1. يجلس كبير السن في منتصف الكرسي، قدماه على الأرض، الذراعان على الفخذين أو على مسندي الكرسي.

2. يميل قليلاً للأمام، ثم يحاول الوقوف حتى تمام الوقوف.

3. يجلس مرة أخرى ببطء، ويكرر الحركة.

– التدرج:

• نبدأ بـ 5 تكرارات، نستهدف الوصول إلى 10-12 مع الأيام.

توقف فوراً إذا:

– ظهر ألم حاد في الركبة أو الورك.

– حدث دوار مفاجئ أثناء الوقوف.

– انقطع النفس بشكل واضح بعد تكرارات قليلة جداً.

تمرين: بسط الركبة جالساً (Knee Extension)

- يجلس على كرسي، يمد ساقه للأمام حتى تصبح مستقيمة قدر الإمكان، ثم ينزلها ببطء.

- يمكن إضافة ثقل خفيف (مثل كيس صغير من الرمل لاحقاً) حسب توجيه أخصائي العلاج الطبيعي [3][15].



---

## Exercises) (Balance التوازن [4]afterheading\*6.

### 6.1\*afterheading[4] لماذا التوازن مهم؟

ضعف التوازن أحد أهم عوامل خطر السقوط. تمارين التوازن أظهرت في عدة مراجعات منهجية أنها تقلل السقوط عندما تُدمج في برامج التمارين لكبار السن [2][12][16][17].

### 6.2\*afterheading[4] مبادئ السلامة في تمارين التوازن

- دائماً يكون هناك شخص بجانبه أو أمامه.
- تُجرى قرب سطح ثابت (طاولة، ظهر كرسي ثقيل، حافة مطبخ).
- لا نجرب تمارين صعبة فجأة؛ نبدأ من الأسهل.

### 6.3\*afterheading[4] أمثلة لتمرين توازن بسيطة

- تمرين: الوقوف مع مسك الكرسي بيد واحدة
- يمسك بيد واحدة ظهر كرسي ثابت.
- يقلل الضغط على اليد تدريجياً مع الوقت، لكن دون تركها بالكامل إذا كان التوازن ضعيفاً.

### تمرين: الوقوف مع تقريب القدمين

- يقف والقدمان متقاربتان أكثر من المعتاد.
- يحاول الثبات 10-20 ثانية، مع وجود مرافق قريب.
- يمكن زيادة الصعوبة لاحقاً بتقليل الاعتماد على اليدين.

### توقف فوراً إذا:

- بدأ يتمايل بشكل واضح.
- قال: "أحس أنني بطيح".
- ظهرت دوخة أو غباش في النظر.



7.7\*afterheading[4] تمارين المرونة والإطالة (Stretching)

### 7.1\*afterheading[4] الهدف من التغطية

- الحفاظ على مدى حركة جيد في المفاصل،
- تقليل التيبس،
- تحسين الشعور بالراحة بعد الجلوس الطويل [5][15].

---

7.2\*afterheading[4] مبادئ عامة للإطالة عند كبار السن

- يكون التمدد لطيفاً، بلا "نط" أو حركات سريعة [5][15].
- يمسك وضعية التمدد لمدة 10-20 ثانية، حسب التحمل.
- لا نبحث عن "ألم قوي"، بل إحساس شد خفيف مقبول.

مثال بسيط:

**تمرين: إطالة خلف الفخذ (Hamstring Stretch)**

- يجلس على حافة الكرسي، يمد ساقاً واحدة للأمام، الكعب على الأرض، الركبة شبه مستقيمة.
- ينحني برفق للأمام حتى يشعر بشد لطيف خلف الفخذ، ثم يمسك الوضعية 10-15 ثانية.
- يكرر على الساق الأخرى.

توقف فوراً إذا:

- ظهر ألم حاد في الفخذ أو الركبة أو الظهر.
- شعر بتنميل شديد أو خدر مفاجئ في الطرف.



---

8.\*afterheading[4] النشاط الهوائي (Aerobic Activity)

### 8.1\*afterheading[4] ما المقصود بالنشاط الهوائي؟

هو أي نشاط يحرك مجموعات عضلية كبيرة لفترة متواصلة نسبياً، مثل:

- المشي داخل البيت أو حول المنزل،
- المشي في الممر أو الحوش،
- أحياناً باستخدام جهاز بسيط (مثل دراجة ثابتة) إذا كان متاحاً ومناسباً [2][4][18].

### 8.2\*afterheading[4] كم نحتاج من النشاط الهوائي؟

التوصيات العالمية لكبار السن القادرين تشير إلى:

- 150 دقيقة أسبوعياً من نشاط هوائي معتدل (يمكن تقسيمها على الأيام)، لكن هذا هدف طويل المدى، وليس نقطة البداية [2][4][18].
- في البداية، قد نكتفي بـ:
- 5-10 دقائق من المشي البطيء،
- تكررها مرة أو مرتين في اليوم،
- ثم نزيد المدة تدريجياً حسب التحمل.

### 8.3\*afterheading[4] الانتباه للحرارة والجفاف في السعودية

في بلد حار مثل السعودية، خصوصاً في الصيف أو مع المرضى أصحاب الأمراض المزمنة، يجب الحذر [6][7]:

- نفذ أكثر التمارين داخل البيت في أوقات معتدلة (الصباح الباكر أو بعد المغرب).
- تجنب التمارين في أماكن غير مكيفة خلال فترات الحر الشديد.

---

— شجع كبير السن على شرب سوائل مناسبة (حسب تعليمات الطبيب، خاصة في مرضى القلب والكلى) [6][7].

توقف فوراً إذا:

- ظهر تعرّق شديد مفاجئ مع دوخة أو غثيان.
- شعر بخفقان قوي في القلب أو ألم في الصدر.
- ظهر صداع قوي مع شعور بحر شديد.

في هذه الحالات، أوقف التمرين، ابحث عن مكان بارد، وأبلغ الطبيب أو الطوارئ إذا لم تتحسن الأعراض.



---

9.9\*afterheading [4] كيف نرتّب برنامج أسبوعي بسيط؟

9.1\*afterheading [4] نموذج جدول أسبوعي مرن

يمكن للأسرة استخدام نموذج مبسّط مثل:

- 3 أيام في الأسبوع: تمارين قوة + توازن + مرونة (مثلاً: السبت، الاثنين، الأربعاء).
  - 4-5 أيام في الأسبوع: نشاط هوائي خفيف (مشي) في أيام متفرقة.
- كل يوم تمارين قوة/توازن يمكن أن يشمل:
1. إحماء (5 دقائق مشي خفيف).

---

2. تمرين جلوس وقيام من الكرسي (1-2 مجموعة  $\times$  5-10 تكرارات).

3. تمرين توازن بسيط قرب الكرسي.

4. إطالة بسيط للعضلات المستخدمة.

مع الوقت، يمكن زيادة:

- عدد التكرارات،
- أو عدد المجموعات،
- أو مدة المشي.

9.2\*afterheading [4] مبدأ "خطوة صغيرة، لكن ثابتة"

دراسات التغيير السلوكي (مثل نموذج المراحل المتدرجة - Model) Transtheoretical تشير إلى أن التغيير التدريجي، مع دعم الأسرة، أكثر استدامة من البدايات القوية القصيرة [19].

- لا نطالب كبير السن ببرنامج مثالي من اليوم الأول.
- نحتفل بالإنجازات الصغيرة ("اليوم مشيت زيادة عن أمس"، "اليوم سويت جلوس وقيام مرتين بدل مرة").



---

10.\*afterheading [4] من يساعد من؟ دور الأسرة في نجاح البرنامج

من واقع التجربة:

- البرنامج الذي تشارك فيه الأسرة (تشجيع، متابعة، مشاركة في المشي) ينجح أكثر بكثير من برنامج يُترك للمريض وحده [12][13][18].
- يمكن لأحد الأبناء أو الأحفاد أن:

- يمشي معه داخل البيت.
- يحسب التكرارات.
- يسجل الإنجازات في ورقة أو دفتر صغير (نوع من التحفيز).

أيضاً:

- التزام الأسرة بجدول بسيط (مثلاً: "بعد العصر وقت تمارين جدي/جدتي") يساعد على تحويل التمارين إلى عادة يومية.

11. afterheading [4] متى يجب إيقاف التمرين فوراً والاتصال بالطبيب؟

هذه قائمة حمراء واضحة، يجب أن يعرفها كل من يشرف على التمارين:  
اتصل بالطبيب أو الطوارئ إذا ظهر أثناء التمرين أو بعده مباشرة:

- ألم حاد في الصدر أو ضغط على الصدر.
- ضيق نفس غير معتاد أو صعوبة في الكلام.
- دوخة شديدة أو فقدان توازن مفاجئ مع سقوط.
- خدر مفاجئ في وجه أو ذراع أو ساق، أو ضعف واضح في جهة واحدة.
- صداع مفاجئ قوي جداً غير معتاد.
- خفقان قلب غير طبيعي أو إحساس قوي بعدم انتظام ضربات القلب.

وفي الحالات الأقل حدة:

- إذا استمر ألم المفاصل بشكل واضح بعد التمرين لفترة طويلة،  
أو ظهر انتفاخ واحمرار في المفصل،  
نخفف شدة التمرين وتواصل مع الطبيب أو أخصائي العلاج الطبيعي.

12\*afterheading[4] خلاصة: كيف تجعل التمارين "جزء من الحياة" وليس "فصل مؤقت"؟

من تجربة العمل مع كبار السن، ومن الأدلة العلمية [1][2][3][12][13][15][18][19]:

1. الاستمرارية أهم من الكمال.
- 10 دقائق يومياً، تستمر أشهر، أفضل من أسبوع مثالي ثم توقف.
2. التمارين ليست عقاباً، بل استثماراً في القدرة على:
  - الذهاب للحمام بدون مساعدة،
  - الوضوء والصلاة براحة،
  - زيارة الأقارب والحضور في المناسبات.
3. برنامج التمارين الجيد بسيط وواضح للأسرة:
  - يعرفون متى يتم إيقاف التمرين،
  - يعرفون متى يتصلون بالطبيب،
  - يعرفون كيف يزدون الجهد تدريجياً بأمان.
4. بيئة البيت جزء من البرنامج:
  - إزالة عوائق السقوط،
  - إضاءة جيدة،
  - مكان مخصص وآمن لممارسة التمارين.

في النهاية، التمارين المنزلية لكبير السن ليست هدفاً لوحدها، هي وسيلة ليعيش:

— مستقلاً قدر الإمكان،

---

— مشاركاً في حياة الأسرة،  
— متحركاً بأمان داخل بيته وخارجه.



- 
- المراجع\*afterheading [4]
- and ageing on report World .(2015) Organization. Health World [1]  
Press. WHO .*health*
- .(2019) al. et K., G. Wallbank, J., N. Fairhall, C., Sherrington, [2]  
community. the in living people older in falls preventing for Exercise  
.(1)2019 ,*Reviews Systematic of Database Cochrane*
- resistance Progressive .(2009) K. N. Latham, & J., C. Liu, [3]  
adults. older in function physical improving for training strength  
.(3)2009 ,*Reviews Systematic of Database Cochrane*
- Guidelines ACSM's* .(2018) Medicine. Sports of College American [4]  
Kluwer. Wolters ed.). (10th *Prescription and Testing Exercise for*
- and Warm-up .(2007) E. Jones, & P., Bishop, K., Woods, [5]  
,(12)37 ,*Medicine Sports* injury. muscular of prevention the in stretching  
.1099–1089
- O. Jay, & J., R. Sigal, C., Brown, J., Yardley, P., G. Kenny, [6]  
common with patients and individuals older in stress Heat .(2010)  
.1060–1053 ,(10)182 ,*CMAJ* diseases. chronic
- and Dehydration .(2010) M. S. Shirreffs, & J., R. Maughan, [7]  
& *Medicine of Journal Scandinavian* sport. competitive in rehydration  
.47–40 ,(3 20(Suppl ,*Sports in Science*

---

exertion. perceived of bases Psychophysical .(1982) A. G. Borg, [8]  
.381–377 ,(5)14 ,*Exercise and Sports in Science and Medicine*

P. J. Porcari, & C., D. Fater, M., Gibson, C., Foster, R., Persinger, [9]  
*Medicine* prescription. exercise for test talk the of Consistency .(2004)  
.1636–1632 ,(9)36 ,*Exercise and Sports in Science and*

the for Guideline .(2001) Society. Geriatrics American [10]  
*Geriatrics American the of Journal* persons. older in falls of prevention  
.672–664 ,(5)49 ,*Society*

gait and falls of management and Assessment .(2009) H. H. Liu, [11]  
,(2)93 ,*America North of Clinics Medical* patients. geriatric in disorders  
.369–355

& W., R. Kressig, A., Gollhofer, T., Muehlbauer, U., Granacher, [12]  
of promotion the in approach intergenerational An .(2011) L. Zahner,  
*Geriatrics American the of Journal* prevention. fall for strength and balance  
.2228–2219 ,(12)59 ,*Society*

et S., J. Hobbelen, D., C. Ravensberg, van M., N. Vries, de [13]  
physical mobility, on therapy exercise physical of Effects .(2012) al.  
community-dwelling in lfe of quality and activity physical functioning,  
.64 ,12 ,*Geriatrics BMC* mobility. impaired with adults older

indispensable An strength: Grip .(2019) W. R. Bohannon, [14]  
–1681 ,14 ,*Aging in Interventions Clinical* adults. older for biomarker  
.1691

*Exercise: Therapeutic* .(2020) A. L. Colby, & C., Kisner, [15]  
Company. Davis F.A. ed.). (7th *Techniques and Foundations*

falls preventing for Interventions .(2012) al. et D., L. Gillespie, [16]  
*Systematic of Database Cochrane* community. the in living people older in  
.(9)2012 ,*Reviews*

N., R. Baumgartner, J., L. Romero, J., S. Wayne, J., B. Vellas, [17]  
of predictor important an is balance One-leg .(1997) J. P. Garry, &  
,*Society Geriatrics American the of Journal* persons. older in falls injurious  
.738–735 ,(6)45

- 
- .(2014) al. et T., W. Ambrosius, M., J. Guralnik, M., Pahor, [18]  
 mobility major of prevention on activity physical structured of Effect  
*JAMA* trial. clinical randomized study LIFE the adults: older in disability  
 .2396–2387 ,(23)311
- transtheoretical The .(1997) F. W. Velicer, & O., J. Prochaska, [19]  
*Promotion Health of Journal American* change. behavior health of model  
 .48–38 ,(1)12

---

---

# 7

كيف نميّز الطبيعي من الخطر؟

---

---

من\*afterheading[4] الميدان

في إحدى زياراتي، كنت أتابع أبا خالد بعد شهر من بدء برنامج المشي الخفيف. قال لي وهو يمسك نخذه: ” احس فيه شد بسيط من أمس”. سألته: ”كم درجة الألم من 10؟” أجاب: ”ثلاثة، ويخف إذا تحركت”. ابتسمت وقلت: ”هذا ألم تدريب طبيعي. لو كان 7 أو جاء فجأة مع تورم، هنا تتوقف”. بعد يومين كتب في دفتره: ”الألم خف كثير”. هذه اللحظات تؤكد لي أن الفارق بين الألم الآمن والإنذار الأحمر بسيط حين نعرفه.



---

لماذا\*afterheading[4] نهتم بالتمييز؟

- الخوف من الألم يجعل بعض الأسر توقف التمارين مبكراً، فيخسر كبير السن مكاسب الحركة.
- تجاهل الألم الخطر قد يؤدي لإصابة حقيقية أو نوبة قلبية لا سمح الله.
- التمييز الواضح يمنح الأسرة ثقة: نستمر عندما يكون الألم طبيعياً، وتتصرف بسرعة عند العلامات التحذيرية.

قاعدة عملية: الألم المقبول غالباً خفيف، تدريجي، وينحسر خلال 24-72 ساعة. الألم الخطر يكون حاداً، مفاجئاً، أو مصحوباً بتورم/أعراض عامة.

1.1\*afterheading [4] ما هو الألم الطبيعي مع الجهد؟

1.1\*afterheading [4] شد عضلي متوقع (DOMS)

- يظهر بعد نشاط جديد أو أشد، يبدأ خلال 12-24 ساعة ويبلغ ذروته خلال 48-72 ساعة ثم يخف وحده [1].
- يكون منتشرًا في العضلة التي عملت، يشبه الشد أو الحرقان الخفيف.
- كبار السن ليسوا بالضرورة أكثر عرضة للألم المزج من الشباب؛ أحياناً يكون الألم أقل بسبب اختلاف استجابة العضلات [1].

1.2\*afterheading [4] خصائص الألم المقبول أثناء التمرين

- شد خفيف إلى متوسط (حتى 4/10) يتدرج ببطء [3].
- مرتبط بالعضلات المستخدمة، وليس نقطة مفصل واحدة محددة.
- لا يصاحبه تورم سريع، كدمة واضحة، أو فقدان وظيفة مفاجئ.
- يهدأ مع الحركة الخفيفة والراحة النسبية خلال 24-72 ساعة [1][3].

---

### 1.3\*afterheading[4] علامات الإنذار الأحمر

- ألم حاد يشبه الطعنة أثناء التمرين، خصوصاً مع صوت «فرقة» أو فقدان قدرة تحريك المفصل [1].
- تورم سريع، كدمة تظهر خلال ساعات، أو عرج يمنع تحميل الوزن.
- أعراض طارئة: ألم صدر شديد، ضيق نفس حاد، دوار أو إغماء.

■ **تنبيه مهم:** توقف فوراً إذا ظهر ألم حاد في المفصل أو العضلة مع تورم/ كدمة، أو إذا حدث ألم صدر أو ضيق نفس شديد أو دوار/إغماء. ثم: اجلس المريض، هدئه، واطلب تقييماً طبياً عاجلاً. لا تعاود نفس التمرين قبل مراجعة مختص.



---

### 2.\*afterheading[4] كيف نراقب الألم والجهد؟

#### 2.1\*afterheading[4] مقياس الألم العددي (0-10)

- قبل التمرين: اسأل ”كم الألم الآن؟“ وسجل الرقم.
- أثناء التمرين: نريد بقاءه في نطاق 3-4/10 للغالبية [3].
- بعد 24 ساعة: إذا عاد الألم كما كان أو خف، فهذا مطمئن. إذا زاد إلى 6-7 واستمر، خفف الشدة في الجلسة التالية.

---

## 2.2\*afterheading [4] مقياس الجهد (RPE) واختبار الحديث

- اطلب من كبيرك تقييم الجهد من 0-10. الشدة الآمنة الشائعة 5-6/10 حيث يمكن التحدث بجمل كاملة لكن الغناء يصبح صعباً [3].
- إذا تعذر قول أكثر من كلمات متقطعة بسبب اللهاث، فالشدة عالية ويجب التخفيف.

## 2.3\*afterheading [4] دفتر متابعة الألم

- خصص دفترًا بسيطًا بثلاث خانات: اليوم/التمرين - الألم قبل/بعد/بعد 24 ساعة - ملاحظات.
- يساعد في رصد الأنشطة التي تسبب ألماً مفرطاً، ويعطي الأخصائي صورة أوضح لتعديل الخطة [1].



---

## 3.\*afterheading [4] التدرج والراحة: وصفة الوقاية من الألم المفرط

### 3.1\*afterheading [4] ابدأ قليلاً وتقدم ببطء

- الزيادة المفاجئة في التكرارات أو مدة المشي ترفع احتمال الألم والإجهاد [1].
- قاعدة عملية: زيادة 10% أسبوعياً في الوقت أو التكرارات تكفي لمعظم الحالات.

---

### 3.2\*afterheading[4] قاعدة 24-72 ساعة

- إذا خف الألم خلال يومين ☐ يمكنك الاستمرار بنفس الشدة أو زيادتها قليلاً.
- إذا استمر الألم المتوسط أكثر من 72 ساعة أو ازداد ☐ خفف الشدة في الجلسة المقبلة أو أضف يوم راحة.

### 3.3\*afterheading[4] تعديل التمرين عند ظهور الألم

- أوقف التمرين الذي سبب ألماً حاداً، وجرب بديلاً أخف لنفس العضلة في زيارة لاحقة.
- استمر بالحركة الخفيفة (مشي في المكان، تدوير الكتفين) بدل الراحة التامة لتسريع التعافي [1].

### 3.4\*afterheading[4] "اختبار ساعتين" لخشونة المفاصل

- إذا كان الألم بعد التمرين بأسوأ من قبله بساعتين، خفف الشدة في الجلسة التالية [7].
- استخدم كراسي ثابتة أو تمارين مائية أو تمارين كرسي لتقليل الحمل على الركبة/الورك [2][4].



---

### 4.\*afterheading[4] حالات مزمنة شائعة: كيف نضبط الشدة بأمان؟

#### 4.1\*afterheading [4] خشونة المفاصل

- التمارين الهوائية الخفيفة وتقوية العضلات تحسن الألم والوظيفة إذا راقبنا الشدة [2][4].
- اختيارات مريحة: مشي قصير على أرض مستوية، جلوس ووقوف من كرسي مرتفع، تدوير مفصل الكتف أو الورك بدون أثقال كبيرة.
- علامات التخفيف: تورم ملحوظ، ألم حاد في مفصل محدد، أو شعور "احتكاك" مؤلم.

#### 4.2\*afterheading [4] هشاشة العظام

- التمرين يحافظ على العظم والتوازن، لكن تجنب الانحناء الشديد للأمام أو الالتفاف العنيف للجزع [2].
- ركز على التوازن قرب دعم ثابت (كرسي/جدار)، وحركات نطاق حركة لطيفة.

#### 4.3\*afterheading [4] أمراض القلب أو الرئة المستقرة

- النشاط المعتدل يحسن التحمل وجودة الحياة [6].
- اعتمد اختبار الحديث و5-6/10 RPE.
- توقف إذا ظهر ألم صدر، ضيق نفس شديد، تعرق بارد، أو دووار.

5. \*afterheading [4] أسئلة أسمعها كثيراً

س: هل أوقف كل التمارين عند أي ألم؟

ج: لا. الألم الخفيف المنتشر في العضلات بعد جهد جديد طبيعي. أوقف التمرين إذا كان الألم حاداً، مفصلياً، أو جاء مع تورم/ كدمة أو أعراض عامة.

س: كيف أشرح لكبير السن أن بعض الألم طبيعي؟

ج: استخدم مقياس 0-10. قل له: "إذا كان الألم 3-4 ويخف مع الحركة فهذا يعني أن العضلة تتكيف". وأضف الحدود: "إذا صار 7 أو مع تورم، نتوقف ونكلم المختص".

س: ماذا أفعل إذا استمر الألم المتوسط لأكثر من 3 أيام؟

ج: خفف الشدة (وقت أقل أو تكرارات أقل)، أضف يوم راحة، ثم جرب بجرعة أخف. إذا لم يتحسن أو ساء، اطلب تقييم أخصائي علاج طبيعي.

س: هل يمكن التمرين مع خشونة الركبة أو الورك؟

ج: نعم، بل هو جزء أساسي من العلاج. اختر تمارين منخفضة الحمل، راقب الألم خلال 24 ساعة. إذا زاد بوضوح بعد الجلسة، قلل الشدة واستشر مختصاً عند الحاجة.



---

#### خلاصة\*afterheading[4] العمل للأسرة

- الألم الخفيف المتدرج طبيعي مع الجهد الجديد، بينما الألم الحاد المفاجئ أو المصحوب بتورم/أعراض عامة هو إنذار توقف.
- استخدم أدوات بسيطة: مقياس الألم (0-10)، مقياس الجهد، (RPE) واختبار الحديث لضبط الشدة بأمان.
- التدرج البطيء (10% أسبوعياً) والراحة المخطط لها يمنعان معظم الإصابات والألم المفرط.
- الحالات المزمنة (خشونة، هشاشة، أمراض قلب/رئة مستقرة) تحتاج تعديل وضعيات وحركات لتقليل المخاطر دون إيقاف النشاط.
- دفتر متابعة الألم يمنح الأسرة والأخصائي خريطة طريق دقيقة لتعديل البرنامج والبقاء مطمئنين.



---

#### المراجع\*afterheading[4]

- 
- Advancing .(2025) P. Silva, & A., Vieira, T., F. J. Fernandes, [1]  
 A damage: muscle exercise-induced greater with associated not is age  
*Activity Physical and Aging of Journal meta-analysis. and review systematic*  
<https://doi.org/10.1123/japa.2024-0165> .606-624 ,(6)33
- Physical .(2018) al. et B., M. Laursen, M., E. Roos, T., S. Skou, [2]  
 and symptoms just than more benefit therapy exercise and activity  
 ,(6)48 ,*JOSPT osteoarthritis. knee and hip with people in impairments*  
<https://doi.org/10.2519/jospt.2018.7877> .439-447
- D., Martin, C., Clarke, A., R. Moore, J., L. Geneen, [3]  
 and activity Physical .(2017) H. B. Smith, & A., L. Colvin,  
 Cochrane of analysis An adults: in pain chronic for exercise  
 .(1)2017 ,*Reviews Systematic of Database Cochrane reviews.*  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD011279.pub2>
- .(2019) al. et E., E. Vaysbrot, C., M. Osani, R., R. Bannuru, [4]  
 and hip, knee, of management non-surgical the for guidelines OARSI  
 -1578 ,(11)27 ,*Cartilage and Osteoarthritis osteoarthritis. polyarticular*  
<https://doi.org/10.1016/j.joca.2019.06.011> .1589
- Exercise .(2001) Panel. Society Geriatrics American [5]  
 Consensus pain: osteoarthritis with adults older for prescription  
 .808-823 ,(6)49 ,*Society Geriatrics American the of Journal guidelines.*  
<https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.00496.x>
- World .(2020) al. et S., Biddle, S., S. Al-Ansari, C., F. Bull, [6]  
 sedentary and activity physical on guidelines 2020 Organization Health  
 .1451-1462 ,(24)54 ,*Medicine Sports of Journal British behaviour.*  
<https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955>
- with Exercising* .(2014) Medicine. Sports of College American [7]  
 handout). patient Medicine is (Exercise *osteoarthritis*

---

# 8

---

## الحركة كدواء آمن

---

من\*afterheading[4] الميدان

في إحدى الزيارات، كانت الجدة "أم سالم" لا تتحرك من سريرها تقريباً منذ أسابيع. الأسرة تقول: "نخشى أن تحريكها سيُتعبها أو أن تنكسر عظامها." عندما كشفت على ظهرها، وجدت بداية قرحة حمراء في العجز (أسفل الظهر). لم يكن السبب ضعف العظام، بل كثرة الاستلقاء في نفس الوضعية، وقلة تغيير الجهة.

بعد أن اتفقنا على جدول بسيط لتغيير الوضعية كل ساعتين، مع وسائد بين الركبتين وتحت الكعبين، وبعد عناية لطيفة بالجلد، بدأ الاحمرار يخف خلال أيام، وتجنّبنا تطور الجرح إلى قرحة عميقة.

الرسالة للأسرة: الخوف المفرط من الحركة قد يكون أخطر من الحركة نفسها عندما يتعلق الأمر بقرح الفراش.



لماذا\*afterheading[4] هذا الموضوع قريب لقلبي؟

في إحدى زياراتي المنزلية، وجدت والدًا مسنًا يبتسم رغم أنه يجلس على نفس الكرسي منذ الصباح. لاحظت احمرارًا خفيفًا فوق العجز. قلت لابنه: "نقلّب الوالد الآن، قبل أن يتحول هذا الاحمرار لجرح متعب". خلال دقائق، وضعنا وسادة تحت الساقين ووسادة خلف الظهر، وطلبت منهم ضبط منبه كل ساعتين. بعد أسبوعين، اختفى الاحمرار تمامًا. هذه التجربة أكدت لي أن الحركة البسيطة خير من علاج متأخر.

هذا الفصل يضع خطة وقاية عملية للأسرة: كيف تفهم قرح الفراش، كيف تغيّر الوضعيات بأمان، وكيف تدعم الجلوس بوسائد وتمارين خفيفة. كل خطوة هنا جربتها مع عائلات حقيقية، وأعلم أنها قابلة للتطبيق في البيت.



1.\*afterheading[4] فهم سريع لحالة كبير السن قبل التفكير في قرح الفراش

قبل أن نقلق من قرح الفراش، نحتاج أولاً أن نرى الصورة كاملة: هل يتحرك كبير الأسرة فعلاً؟ كم ساعة يقضيها في السرير أو الكرسي؟ وهل يغيّر وضعيته بنفسه أم ينتظر من يحركه؟

تخيّل أن عندك ثلاثة مستويات: - كبير سن نشط نسبياً: يتحرك داخل البيت، يقوم للصلاة، يجلس في الصلاة، ويرجع لسريره. هذا أقلّ عرضة للقرح، لكن يحتاج متابعة. - كبير سن قليل الحركة: يجلس أغلب اليوم في الكرسي أو السرير، لكن يستطيع تغيير وضعيته إذا تذكر أو ذكره أحد. - كبير سن طريح الفراش: لا يغيّر وضعه وحده، ويحتاج مساعدة في كل حركة.

كلما نزلنا درجة في هذه المستويات، زاد خطر قرح الفراش، وزاد دور الأسرة في الحماية.



2.\*afterheading[4] جدول التقلب وتخفيف الضغط (أسلوب عملي)

— في السرير: غير الوضعية كل 2-3 ساعات (ظهر □ جانب يمين □ جانب يسار). استخدم وسادة بين الركبتين وعند الكعبين، ووسادة خلف الظهر لتثبيت الميلاق.

- 
- على الكرسي: كل 15-30 دقيقة اطلب من كبيرك الميل للأمام أو للجانب 10-15 ثانية، أو ساعده برفع جسمه قليلاً باستخدام مسندي الذراعين.
  - علق جدولاً على الحائط، واضبط منبهاً في هاتفك ليذكرك. المشاركة بين أفراد الأسرة تحمي ظهر المرافق وتضمن الاستمرارية.

afterheading\* [4] إجراء: تقليب هادئ من الظهر إلى الجانب

الهدف: تخفيف الضغط عن العجز والكعبين.

- كيف ننفذ؟ 1. أبلغ كبيرك: "سنقلبك على جانبك ليريح ظهرك". 2. ضع يداً على الكتف ويداً على الورك البعيد، وادفعهما كتلة واحدة نحوك مع ثني ركبتيك (لا ظهرك). 3. ضع وسادة خلف الظهر، ووسادة بين الركبتين، وارفع الساقين قليلاً لرفع الكعبين عن المرتبة. 4. تأكد من راحة الرأس والأذن، واسأل المريض عن إحساسه.
- توقف فوراً إذا: ألم حاد أو مقاومة شديدة، دوار أو شحوب، خروج أنبوب طبي. ثم: أعدده للوضع السابق واتصل بالمرض/الطبيب.



---

3. afterheading\* [4] جلوس مريح وآمن.

- ارتفاع الكرسي: الركبتان بزاوية 90 تقريباً والقدمان ثابتتان.
- مسندي الذراعين: يساعدان على تغيير الوزن والوقوف بأمان.
- وسادة مقعدة داعمة: فوم متماسك أو وسادة هوائية بسيطة لتوزيع الضغط، مع فحص أسبوعي لحالتها.

— ضبط الحوض: كل 30-60 دقيقة، أعد الجذع لوضع مستقيم لتجنب الانزلاق والاحتكاك في الظهر.

\*afterheading[4] تمرين: رفع الكعبين وتحريك الدم

الهدف: تنشيط الدورة الدموية وتخفيف ضغط الكعبين أثناء الجلوس الطويل.  
الخطوات: 1. جالس بظهر مسنود وقدمان ثابتتان. 2. ارفع الكعبين ببطء (أصابع على الأرض) واثبت 3-5 ثوانٍ، ثم أنزل. كرر 5 مرات. 3. ارفع رؤوس الأصابع (الكعبان على الأرض) 3-5 ثوانٍ، ثم أنزل. كرر 5 مرات. 4. نفذ الدورة كل ساعة جلوس.

توقف فوراً إذا: - شعر كبير السن بألم حاد مفاجئ في الساق أو الورك (وليس مجرد تعب عادي). - ظهر تشنج قوي في ربة الساق أو الفخذ ولم يختف خلال ثوانٍ. - شعر بدوار شديد أو غثيان، أو أصبح لونه شاحباً بشكل واضح. - ظهرت صعوبة مفاجئة في التنفس أو كلام غير واضح.

في هذه الحالات: أوقف التمرين فوراً، أعده إلى وضع مريح وآمن، واتصل بالطبيب أو بالطوارئ حسب شدة الأعراض.

\*afterheading[4] تمرين: إمالة الجذع للأمام والخلف

الهدف: توزيع الضغط بعيداً عن عظمتي الجلوس وتنشيط عضلات الظهر الخفيفة.  
الخطوات: 1. جلوس مستقيم، اليدين على مسندي الذراعين. 2. ميل للأمام 20-30 درجة بظهر مستقيم واضغط قليلاً بالذراعين 5 ثوانٍ. 3. عد ببطء للوضع المحايد، ثم استند للخلف قليلاً. 4. كرر 8-10 مرات كل ساعة جلوس.  
توقف فوراً إذا: دوار أو ألم ظهر حاد أو صعوبة تنفس. ثم: أعده لوضع محايد واطلب تقييماً طبياً إذا استمر العرض.



#### 4. afterheading\* [4] قوائم سلامة جاهزة

##### غرفة\*afterheading\* [4] النوم والسرير

العنصر	ما الخطر؟	الإجراء الفوري	تم ✓
ارتفاع السرير	صعوبة التقلب والنهوض	اجعل سطح المرتبة عند ركبة المرافق تقريباً	□
صلابة المرتبة	نقاط ضغط على العجز والكعب	مرتبة فوم متوسطة أو هوائية متناوبة حسب توصية المختص	□
رفع الكعبين	كعبان يضغطان لساعات	وسادة تحت الساقين لرفع الكعبين عن المرتبة	□
وسادة بين الركبتين	احتكاك الركبتين والكاحلين	وسادة بين الركبتين والكاحلين عند النوم الجانبي	□
جدول التقلب	ضغط مستمر على نفس النقطة	جدول على الحائط + منبه كل 2-3 ساعات	□
تجفيف الجلد	رطوبة تضعف الجلد	تجفيف لطيف وملابس قطنية جيدة التهوية	□
جرس النداء	عدم طلب المساعدة	هاتف أو جرس في متناول اليد بعد كل تقلب	□

## الكرسي\*afterheading[4] أو الكرسي المتحرك

العنصر	ما الخطر؟	الإجراء الفوري	تم ✓
ارتفاع المقعد	ضغط زائد وصعوبة نهوض	ركبتان بزاوية 90 وقدمان ثابتتان	□
وسادة المقعدة	تركيز الضغط على عظمي الجلوس	وسادة فوم متماسك أو هوائية بسيطة + فحس أسبوعي	□
مسندي الذراعين	انزلاق واحتكاك في الظهر	تأكد من وجودهما وثباتهما مسند مبطن أو طبقة فوم وضبط الزاوية	□
مسندي القدمين	ضغط على الكعبين	شدّ الفرامل قبل أي تمرين أو تغيير وضعية	□
فرامل الكرسي	حركة مفاجئة أثناء التقلب	إعادة ضبط الحوض كل 30-60 دقيقة، واستخدام وسادة مانعة للانزلاق	□
وضعية الحوض	جلوس منزلق يضغط العجز	تذكير بالميلان أو الرفع القصير كل 15-30 دقيقة	□
تخفيف الضغط المجدول	ضغط مستمر أثناء الجلوس		

تذكير: أي وسادة أو مرتبة داعمة هي أداة مساعدة، لكنها لا تغني عن الحركة والتقلب.



5.\*afterheading[4] متى أطلب المساعدة فوراً؟

- احمرار يتحول لأرجواني/أسود، أو ظهور فقاعات أو رائحة كريهة.
- ألم شديد جديد في منطقة الضغط رغم تخفيف الوزن.
- عدم تحسن الاحمرار بعد يومين من التقليل والوسائد.

في هذه الحالات، تواصل مع الممرض المنزلي أو الطبيب مباشرة. دوري كمعالج طبيعي هو ضبط خطة الحركة وتخفيف الضغط، لكن تقييم الجرح الفعلي مسؤولية الفريق الطبي المختص.

متى\*afterheading[4] نطلب الإسعاف فوراً؟

قرح الفراش أحياناً تبدأ بسيطة، لكن في حالات معينة تصبح حالة طارئة: - إذا ظهر جرح عميق تستطيع أن ترى فيه طبقة صفراء أو بيضاء أو العظم. - إذا خرج من الجرح إفراز ذو رائحة قوية ومرتجة. - إذا ارتفعت حرارة كبير السن، مع رجفة أو تعب شديد غير معتاد. - إذا أحسست أن المنطقة حول الجرح حارة جداً، ومتورمة مقارنة بالجهة الأخرى.

هنا لا نكتفي بالعناية المنزلية؛ يجب التواصل مع الطبيب أو التوجه للطوارئ في المستشفى، لأن الالتهاب قد ينتشر داخل الجسم.



أسئلة\*afterheading[4] نتكرر من الأسر

س: هل الأفضل أن نضع كبير السن دائماً على جهة واحدة المفضلة عنده؟ ج: لا. البقاء على نفس الجهة طوال اليوم يرفع احتمال القرحة في هذه الجهة. حاولوا تغيير الوضعية بالتدرج وبهدوء بين الجانبين والظهر، مع استخدام الوسائد لتخفيف الضغط.

س: هل كل احمرار في الجلد يعني قرحة؟ ج: ليس بالضرورة. لو زال الاحمرار بعد تغيير  
الوضعية بدقائق، غالباً هو إنذار مبكر يمكن السيطرة عليه. لو استمر الاحمرار أو ازداد، هنا  
نعامله بجدية أكبر.

س: نخاف من تحريك جدتي لأنها "عظامها هشّة"، ماذا نفعل؟ ج: الحذر مطلوب، لكن  
عدم الحركة أخطر. اتفقوا مع أخصائي العلاج الطبيعي على طريقة آمنة لتغيير الوضعية وعدد  
المرات، ويمكنكم طلب أن يعلمكم عملياً في الزيارة.



---

#### خلاصة\*afterheading [4] شخصية

الوقاية من قرح الفراش في المنزل ليست سرّاً طبياً معقداً؛ هي مزيج من حركة بسيطة  
+ وسائل ذكية + جدول ثابت. كل مرة أرى أسرة تلتزم بهذه الثلاثية، أرى جلدًا أكثر  
صحة ومريضاً أكثر راحة، ومرافقاً أقل إجهاداً. لنحافظ على كرامة أحببتنا بحركة دائمة وراحة  
مدروسة.

---

---

# 9

كيف نحمي الحركة في البيت؟

---

---

من\*afterheading[4] الميدان

في إحدى زيارتي لبيت في أبها، وجدت الأسرة ترفع ذراع والدتهم التي أصيبت بجلطة قبل شهر، وهي تصرخ من الألم. كانوا يحاولون إلباسها عبر سحب الذراع المصابة لأنهم خائفون من تحريكها "خطأ". وفي بيت آخر بعد عملية استبدال مفصل الورك، كان الكرسي منخفضاً جداً، فكانت المريضة تضطر للانحناء العميق كل مرة تجلس أو تقوم. هذان المشهدان يتكرران كثيراً: خوف من الحركة يقابله جهل بالاحتياطات البسيطة. في هذا الفصل سمنشي معاً خطوة بخطوة لنوازن بين الحماية والتحفيز.

قبل\*afterheading[4] أن نبدأ: ماذا سيفيدكم هذا الفصل؟

هذا الفصل ليس بروتوكولاً طبياً أو جراحياً، ولن يغنيكم عن تعليمات الجراح أو فريق التأهيل. ما ستقرؤونه هنا هو "خريطة مبادئ" للأسرة: - أشياء يجب تجنبها لأنها قد تؤذي. - أشياء نشجع عليها لأنها تساعد على استعادة الوظيفة. - إشارات حمراء تخبركم أن الوقت حان للعودة للطبيب أو الأخصائي.

الهدف أن لا تبقوا في حيرة بين "نخاف الحركة" و"نخاف نخليه بدون حركة".



---

1.\*afterheading[4] بعد الجلطة الدماغية: حماية الطرف الضعيف دون تجميده

لماذا؟\*afterheading[4]

الكتف بعد الجلطة عرضة للخلع الجزئي إذا تم سحب الذراع بعنف، وفي الوقت نفسه، إهمال الطرف يفاقم الضعف ويزيد الإهمال العصبي. التوازن هو كلمة السر.

ما\*afterheading[4] الذي أفعله مع أسرتي؟

- أضعم الكتف والذراع المصابة دائماً بوسادة عند الجلوس أو أثناء النقل.
- أذكر المريض باستخدام الطرف المصاب في مهام آمنة مثل إمساك كوب فارغ أو لمس منشفة.
- لا أسحب المريض من الذراع المصابة عند القيام أو اللبس.
- لا أترك الذراع تتدلى بلا دعم أثناء الجلوس أو المشي.

**من الميدان بعد الجلطة** بعد جلطة دماغية خفيفة، زرت مريضاً كان يستخدم يده الضعيفة قليلاً عندما يكون وحده، لكن أسرته كانت تمنعه من استخدامها خوفاً من أن "تلتوي" أو "تتعب".

جلسنا مع الأسرة وشرحنا أن اليد الضعيفة تحتاج استخداماً آمناً، لا حبساً كاملاً ولا حملاً ثقیلاً. بعد أسابيع من تشجيع بسيط على استخدامها في أشياء خفيفة (مسك المعلقة، مسح الطاولة)، تحسنت وظيفتها أكثر مما لو ظلت "محمية" زيادة عن اللزوم. الرسالة: الحماية الزائدة قد تبطئ التعافي مثل الإهمال تماماً.

ما\*afterheading[4] تمرين منزلي: تحريك اليد المصابة بمهام بسيطة

الهدف: تحفيز استخدام الطرف العلوي المصاب وتقليل الإهمال الحسي والحركي. مناسب لـ: من يستطيعون الجلوس بدعم خفيف ولديهم حركة بسيطة في الأصابع أو المعصم.

غير مناسب لـ: وجود ألم كتف حاد أو خلع جزئي نشط لم يُعالج بعد.

الأدوات: كوب خفيف فارغ أو منشفة صغيرة، طاولة ووسادة.

الوضعية البدائية: - المريض جالس على كرسي بظهره، الذراع المصابة مدعومة على الطاولة بوسادة. - المرافق بجانب الطرف المصاب لدعم الكتف والمعصم. - الطاولة خالية من الفوضى مع إضاءة جيدة.

الخطوات: 1. تهيئة: ضع الكوب أو المنشفة أمام اليد المصابة على الطاولة. ذكّر المريض أن الهدف لمس الأداة دون ألم. 2. استعداد: ادعم الكوع المصاب بيدك بلطف، وتأكد أن الكتف محايد وغير متدلي. 3. محاولة: اطلب منه فتح الأصابع ولمس الكوب. إن استطاع، يمسك الكوب ويرفعه سنتيمترات قليلة فقط. 4. عودة: ساعده على إعادة الكوب بهدوء، خذ استراحة 5-10 ثوان، ثم كرر.

■ تنبيه مهم: - لا ترفع الذراع فوق مستوى الكتف إذا كان التحكم ضعيفاً. - لا تترك الكتف ينحرف للأمام أو يتدلى؛ الدعم أساسي. - إذا ظهر تشنج شديد في الأصابع أو المعصم، أرح اليد وعدّل الوضعية.

توقف فوراً إذا: - شعر المريض بألم حاد في الكتف أو سمعتم صوت طقة. - ظهر تورم أو احمرار مفاجئ في الكتف أو الذراع. - فقد السيطرة وسقط الكوب بقوة. - ثم: أوقف التمرين، ادعم الذراع بوضع مريح، واستشر المعالج أو الطبيب، أو اتصل بالطوارئ (997) إذا كان الألم شديداً.

التكرار المقترح: 5-8 محاولات، مرة إلى مرتين يومياً حسب التحمل. زد الارتفاع أو زمن الإمساك تدريجياً.

نصائح للمرافق: ادعم الكتف طوال التمرين، عد بصوت مسموع للمساعدة على التركيز، واجعل المهمة ذات معنى (كوب قهوته المفضل).

المرجع: [6] al. et CJ, Winstein (2016). *Stroke Adult for Guidelines. Recovery and Rehabilitation*

2.\*afterheading[4] بعد استبدال الورك أو الركبة: حماية المفصل الصناعي مع الحفاظ على الحركة

لماذا؟\*afterheading[4]

المفصل الصناعي يحتاج وقتاً ليستقر. ثني عميق أو دوران داخلي أو تقاطع الساقين قد يزيد خطر الخلع أو الألم. تعديل البيئة يقلل الحركات الخطرة ويشجع المشي الآمن.

احتياطات\*afterheading[4] سريعة للأسرة

- استخدم كراسٍ مرتفعة بمساند ذراع لتسهيل الجلوس والقيام دون ثني مفرط.
- ثبت مسكات حائطية قرب المرحاض والاستحمام، واستخدم مقعد حمام مرتفع إذا لزم.
- شجع المشي بالمشاية أو العكازات حسب توجيه المعالج مع مراقبة التدرج.
- لا تسمح بالجلوس على أرضية منخفضة أو كراسٍ رخوة وعميقة في الأسابيع الأولى.
- لا تسمح بتقاطع الساقين أو دوران القدم المصابة للداخل عند الجلوس أو الالتفاف.

\*afterheading[4] إجراء منزلي: الجلوس والقيام من كرسي مرتفع بعد استبدال المفصل

الهدف: تسهيل الجلوس والقيام بأمان دون ثني زائد للورك أو الركبة.

مناسب لـ: من سُح لهم بالتحميل الجزئي أو الكامل باستخدام جهاز مساعد.

غير مناسب لـ: من لديهم ألم حاد أو دوار يمنع الوقوف بأمان.

الأدوات: كرسي مرتفع ثابت بمساند ذراع، مشاية أو عكازات حسب وصف المعالج.

الوضعية البدائية: - المريض واقف أمام الكرسي، ظهره نحو المقعد، والمشاية أمامه إذا استخدمها. - المرافق يقف بجانب الطرف المصاب قليلاً للخلف لمراقبة التوازن. - أرضية خالية من السجاد المتعثّر أو الأسلاك، والكرسي ملاصق للحائط إن أمكن.

الخطوات: 1. تهيئة: تأكد من ثبات الكرسي. ذكّر بقاعدة "القدمين للأمام دون تقاطع أو دوران داخلي". 2. الجلوس: قدم المصابة نصف خطوة للأمام، ارجع ببطء حتى يحس بالمقعد خلف ركبتيه، ضع اليدين على المساند ثم انزل بهدوء والظهر مستقيم. 3. القيام: قدم المصابة للأمام والسليمة للخلف قليلاً، ضع اليدين على المساند، ميل خفيف للأمام دون ثني حاد، ادفع عبر الذراعين والساق السليمة للوقوف، ثم أمسك المشاية قبل البدء بالمشي.

■ تنبيه مهم: - لا تدع المريض يهبط سريعاً أو يجلس بقوة. - لا تستخدم مقعداً منخفضاً يجعل الركبة أعلى من الورك. - إذا ظهر دوار أو عدم اتزان، أوقف الحركة وأعد التهيئة.

توقف فوراً إذا: - شعر بألم حاد أو طقة في الورك/الركبة. - حدث فقدان توازن كاد يؤدي إلى سقوط. - ظهر تورم سريع أو إحساس بخلع. - ثم: ساعده للجلوس بأمان، ثبت المفصل بوضع مريح، واطلب استشارة طبية عاجلة أو اتصل بالطوارئ (997) إذا استمر الألم أو عدم الثبات.

التكرار المقترح: 3-5 مرات في اليوم ضمن الانتقالات اليومية، مع مراقبة التعب.

نصائح للمرافق: تأكد أن زاوية الورك 90 درجة على الأقل عند الجلوس، أضف وسادة إذا لزم، وذكّر بخطوات صغيرة عند الالتفاف لتجنب دوران الورك للداخل.



3.\*afterheading[4] بعد الكسور الشائعة: فهم تعليمات تحميل الوزن والحركة المبكرة الآمنة

لماذا؟\*afterheading[4]

تحميل الوزن قبل الأوان قد يعيق الالتئام أو يسبب فشل التثبيت، لكن انخول التام يزيد خطر الجلطات وقرح الضغط. الاتزان بين الحماية والحركة المسموح بها ضروري.

مبادئ\*afterheading[4] للأسرة

- اسأل الطبيب بوضوح: هل الوزن المسموح "عدم تحميل"، "تحميل جزئي"، أم "حسب التحمل"؟ طبق التعليمات حرفياً.
- استخدم جهاز المشي أو العكازات حسب مرحلة التحميل واضبط ارتفاعها جيداً.
- شجع تمارين بسيطة في السرير (تحريك الكاحل، شد عضلة الفخذ) إذا سمح الطبيب لتقليل انخول.
- لا تسمح بالوقوف الكامل على الطرف المصاب قبل الإذن.
- لا تترك المريض طريح الفراش خوفاً من الأذى؛ الحركة الخفيفة المسموح بها أفضل.

\*afterheading[4] تمرين منزلي: تحريك الكاحل لمنع الجلطات بعد الكسر  
الهدف: تنشيط الدورة الدموية وتقليل تيبس الكاحل أثناء فترة عدم التحميل.  
مناسب لـ: من يُسمح لهم بالحركة في السرير دون تحميل على الطرف المصاب.  
غير مناسب لـ: ألم حاد في الكاحل أو كسر غير مستقر في أسفل الساق.  
الأدوات: لا شيء، يمكن استخدام وسادة خفيفة تحت الساق للدعم.  
الوضعية البدائية: - المريض مستلقٍ على ظهره، الساق المصابة ممدودة ومدعومة بوسادة  
لتقليل التورم. - المرافق بجانب الساق لمراقبة الألم وتشجيع العد.

الخطوات: 1. تحضير: تأكد من راحة المريض وثبات الجبس أو الدعامة، وشرح الهدف:  
”نحرك الكاحل لتحسين الدورة”. 2. ثني لأعلى ولأسفل: اطلب سحب أصابع القدم نحو الرأس  
ببطء ثم دفعها كما لو يضغط على دواسه، مع إبقاء الركبة مستقيمة. 3. دوائر خفيفة: إذا  
مسموح ودون ألم، اطلب رسم دوائر صغيرة بالكاحل باتجاه عقارب الساعة ثم عكسها. 4.  
راحة وتكرار: استرح 5 ثوانٍ بين المجموعات.

⬮ تنبيه مهم: - لا تدفع القدم بيدك بقوة؛ الحركة يجب أن تكون نشطة من المريض. - لا  
تستمر إذا زاد الألم أو انفتح الجبس. - إذا لاحظت تورماً متزايداً أو سخونة موضعية، توقف  
وأبلغ الطبيب.

توقف فوراً إذا: - ظهر ألم حاد أو إحساس بفرقة في الكاحل. - أصبح لون القدم  
أزرق/أحمر داكناً فجأة أو حدث انتفاخ سريع. - شعر المريض بضيق نفس مفاجئ أو ألم  
صدر أثناء التمرين. - ثم: أوقف التمرين، ارفع الساق بلطف، واتصل بالطبيب فوراً أو بالطوارئ  
(997) إذا ظهرت أعراض تنفسية.

التكرار المقترح: 10-15 حركة ثني كل ساعة يكون المريض مستيقظاً، و5 دوائر لكل  
اتجاه مرتين يومياً إذا سمح الطبيب ولم يوجد ألم.

---

نصائح للمرافق: ذكّر المريض بالتنفس أثناء الحركة، اضبط الوسادة تحت الساق ليكون الكعب حراً للحركة، ودون أي تغيير في الألم أو التورم لإبلاغ الفريق الطبي.

المرجع: [10] Surgeons. Orthopaedic of Academy American (2021).  
*Adults Older in Fractures Hip of Management*



---

إشارات\*afterheading[4] حمراء بعد العمليات والكسور

بغض النظر عن نوع العملية (استبدال مفصل، تثبيت كسر...) انتبهوا لهذه العلامات: -  
ألم جديد وشديد يختلف عن "ألم العملية المعتاد". - تورم مفاجئ في الساق مع احمرار وحرارة  
موضعية. - ضيق نفس مفاجئ أو ألم في الصدر. - عدم القدرة على تحريك الطرف كما كان  
قبل يوم أو يومين.

عند ظهور هذه الأعراض، لا نستمر في التمارين ولا نحاول "تحمل" الألم؛ بل نتواصل  
مع الطبيب فوراً أو نذهب للطوارئ حسب الحالة.



---

4.\*afterheading[4] متى أقول: لا يكفي المتابعة المنزلية، أحتاج أخصائي علاج طبيعي  
بشكل مكثف؟

- 
- إذا مرّت أسابيع بعد الجلطة أو العملية بدون أي تحسن واضح في الحركة أو التوازن.
  - إذا كان كبير السن لا يزال يعتمد على الأسرة في كل حركة بسيطة (القيام من الكرسي، المشي لباب الغرفة...).

- إذا لاحظتم أنه بدأ يفقد مهارات كان يؤديها بعد العملية ثم تراجع فيها.
- إذا زاد الخوف من الحركة لدرجة أنه يرفض كل محاولة للقيام أو المشي.

في هذه الحالات، المتابعة مع أخصائي علاج طبيعي في العيادة أو مركز التأهيل ليست رفاهية، بل خطوة مهمة لاستعادة أكبر قدر ممكن من الاستقلال.



---

#### الخلاصة\*afterheading[4] العملية للأسرة

- حماية الطرف الضعيف بعد الجلطة مع تشجيع استخدامه الآمن يقلل مضاعفات الكتف ويحفز التعافي العصبي.
- بعد استبدال المفصل، الكراسي المرتفعة ومسكات الجدران والمشاية المضبوطة تقلل خطر الخلع وتدعم المشي المبكر.
- بعد الكسور، الالتزام الدقيق بتعليمات تحميل الوزن مع تمارين خفيفة في السرير يحمي العظم ويمنع مضاعفات الخمول.
- سجلوا التقدم، شجعوا المحاولات اليومية، واطلبوا إعادة التقييم عند غياب التحسن أو ظهور أي علامة خطر.

رسالة طمأنة: الخوف طبيعي، لكن بالاحتياطات البسيطة والتحفيز المتدرج، يمكن للأسرة تحويل البيت إلى مسرح تعافٍ آمن ومحترم لمن تحب.

---

# 10

---

## التعامل مع الرفض والعناد والخوف من الحركة

---

من\*afterheading[4] الميدان: ”ما عاد لي فائدة“

في أحد البيوت، جلست أُمامي سيدة في الثمانين، يداها في حجرها، تنظر للأرض. قالت لي:  
”يا ولدي، خلاص... ما عاد لي فائدة. خلّوني على الكرسي، تعبت من الكلام عن التمارين.“

في نفس الجلسة، كان ابنها يقول: ”هي عنيدة، ما تسمع الكلام.“

الحقيقة أن ما رأيته لم يكن عناداً، بل خليطاً من الخوف، والتعب، والإحباط، وخسارة الإحساس بالقيمة. هذا الفصل يحاول أن يقربكم خطوة من فهم ما وراء "الرفض"، وكيف نحوله إلى مشاركة هادئة ومحترمة.

من تجاربي: «مرة زرت أبا محمد في قرية قرب ييشة. كان يرفض المشي تماماً بعد سقطة قديمة. لم يكن عناداً، كان خوفاً من أن يخرج نفسه أمام أحفاده.»



#### المقدمة\*afterheading[4]

عندما تقول الأم «اتركوني، لا أستطيع»، أو يرفض الأب أن ينهض من الكرسي رغم أننا نعرف أنه قادر، نشعر بالعجز. بعد عشر سنوات من الزيارات المنزلية، تعلمت أن الرفض غالباً يخفي خوفاً أو إحراجاً أو ألماً، لا مجرد مزاج سيئ. هذا الفصل هو صندوق أدوات عملي للأسرة: كيف نفهم دوافع الرفض، وكيف نتحدث مع كبيرنا بأسلوب يحفظ كرامته، وكيف نعيده للحركة خطوة بخطوة دون صدام.

سأشاركك عبارات مجرّبة، وخطوات تدرّج بسيطة، وأفكاراً لدمج التمرين في روتين الحياة اليومية (قبل القهوة، بعد الصلاة). وسأوضح العلامات التي تقول إن الرفض إشارة إلى مشكلة أعمق تحتاج رأي طبي أو نفسي. هدفنا: حركة آمنة تعيد الثقة، وتضمن أن يبقى كبير العائلة محوراً محترماً في البيت.



---

لماذا\*afterheading[4] يرفض كبير السن الحركة؟

خوف\*afterheading[4] وإحراج أكثر من عناد

كثير من الأسر ترى الرفض على أنه "عناد" فقط، بينما الواقع أن خلفه أسباباً عميقة غالباً: - أحياناً يكون خوفاً صريحاً من السقوط: المريض يتذكر آخر سقوط، فيخاف أن يتكرر. - وأحياناً يكون إحساساً بالضعف أو فقدان الكرامة: "كيف كنت أقوم وحدي، والآن تحتاجون أن ترفعوني؟". - وفي بعض الأحيان يكون جزءاً من اكتئاب أو قلق لم يُشخص بعد.

عندما نغيّر نظرتنا من "عناد" إلى "ألم داخلي"، يتغير أسلوب كلامنا وتصبر قلوبنا أكثر.



---

أسلوب\*afterheading[4] الكلام: الدعم لا الأمر

#### كيف\*afterheading[4] نفتح الحوار؟

- أسأل واستمع: «ما أكثر شيء يقلقك في هذا التمرين؟» ثم أعد ما سمعت: «إذن أنت تخاف أن نتعب بسرعة، صحيح؟» [6].
- اعرض خيارات: «تفضل نبدأ بدقيقتين مشي داخل الممر أو جلوس ووقوف من الكرسي؟» [5].
- اربط الهدف بما يحبه: «لن نطيل، نريد فقط أن يساعدك هذا على الوضوء براحة أو الجلوس مع أحفادك» [10].

#### عبارات\*afterheading[4] مجربة

- «نحن معك، وتوقف فوراً إذا شعرت بألم غير مريح.»
- «دعنا نجرب حركة قصيرة، وإذا أعجبتك نزيدها غداً.»
- «هدفنا أن تعود تمشي للمسجد بثقة.»

#### مثال\*afterheading[4] حوار يوضح الفرق

بدلاً من سرد قائمة طويلة لما يُقال وما لا يُقال، دعونا نرى مثلاً حقيقياً بتغيير الأسلوب فقط: - أسلوب مؤذٍ (بدون قصد): «لو تبغى تتحسن فعلاً، قم. فلان أكبر منك ويقوم وحده، وأنت طول اليوم جالس!» - أسلوب بديل يحترم الكرامة: «أنا أعرف أن التمرين متعب، لكن كل خطوة اليوم تخميناً من السقوط بكرة إن شاء الله. ما رأيك نجرب معاً دقيقتين فقط، وإذا تعبت نرتاح؟»

الفرق ليس في المعلومة، بل في الطريقة: الأول يجرح ويقارن، والثاني يشرح ويشجع ويعطي خياراً معقولاً.

مبدأ\*afterheading[4] «الخطوة الصغيرة»: التدرج الذي يكسر الخوف

مبدأ الخطوة الصغيرة

قاعدة بسيطة أحب أن أكررها للأسر: "أفضل تمرين هو التمرين الذي يقبله المريض اليوم، ويقدر أن يكرره غداً."

لا نبدأ ببرنامح طويل وثقيل، بل بدقيقتين أو ثلاث من حركة بسيطة، في وقت مريح له (مثلاً بعد القيلولة، أو بعد الصلاة، أو قبل القهوة التي يحبها). عندما ينجح في خطوة صغيرة ويشعر بالفخر، يصبح مستعداً لخطوة أكبر لاحقاً.

لماذا\*afterheading[4] ينجح؟

التدرج يبني نجاحات صغيرة تعيد الثقة، ويخفف استجابة الخوف من الألم أو السقوط [8][9]. دراسات الدمج بين التمرين والتعرض التدريجي للخوف خفضت قلق السقوط وسلوك التجنب بشكل واضح [9].

خطوة\*afterheading[4] تطبيق سهلة في البيت

1. جرب دقيقتين فقط: جلوس ووقوف من الكرسي مرتين مع تقييم الراحة بعدها.
2. زد ببطء: أضف تكرارين أو دقيقة واحدة كل أسبوع إذا كان مرتاحاً.
3. سجل النجاح: ورقة على الثلاجة توضح عدد التكرارات تعطي شعور إنجاز [7].
4. مديح فوري: كلمة تشجيع بعد كل محاولة تزيد الدافعية الداخلية [5].

---

#### سلامة\*afterheading[4] أولاً

- مساحة خالية من العوائق، كرسي ثابت، إضاءة كافية.
- توقف فوراً إذا: ظهر ألم حاد جديد، دوار شديد، أو فقدان توازن مفاجئ. في هذه الحالات أوقف التمرين واتصل بالطبيب إذا استمر الشعور أو ساءت الأعراض.



---

#### إشراك\*afterheading[4] الأسرة بلا ضغط ولا صدام

الدعم الاجتماعي المخصص للنشاط البدني يزيد التزام كبار السن [7]. عندما يشعر الكبير أن العائلة شريكة وليست محكمة، يقل التوتر.

#### كيف\*afterheading[4] نتوزع الأدوار؟

- التذكير اللطيف: ابن أو ابنة يذكره بالموعد بلغة مطمئنة.
- تهيئة المكان: أحد أفراد الأسرة يرتب زاوية آمنة للتمرين.
- مشاركة الأحفاد: حفيد يرافقه في مشي خفيف يجعل التمرين اجتماعياً وممتعاً.

---

#### قواعد\*afterheading[4] التعامل العائلي

- اتفقوا على رسالة موحدة («نريدك تتحرك لنراك أقوى») لتجنب التوجيهات المتضاربة.
- تجنبوا النقاش الحاد أمامه؛ يشعر بأنه عبء.
- عززوا كرامته: امدحوا جهده مهما كان بسيطاً.



---

#### ربط\*afterheading[4] التمرين بالمعنى والروتين اليومي

#### أنشطة\*afterheading[4] ذات معنى ثقافي وروحي

- الصلاة والعبادة: المشي إلى المسجد، أو تمرين بسيط بعد الضوء ليحافظ على الوقوف في الصلاة [10].
- جلسة القهوة: خمس دقائق إطالة قبل القهوة المسائية تصبح عادة ثابتة.
- بيئة مألوفة: في القرى أو البيوت الواسعة، فناء البيت أو المزرعة مكان مريح يقلل الإحساس بالغرابة [1].

#### أدوات\*afterheading[4] مساعدة بسيطة

- مؤقت الهاتف أو مسبحة العد لقياس التكرارات.

---

— كرسي ثابت بجانب الجدار لتمارين الجلوس والوقوف.

— إضاءة جيدة ليلاً لتقليل الخوف من التعثر [2].

رسالة تشجيع: ربط الحركة بمعنى عزيز (الصلاة، اللعب مع الأحفاد) يحول التمرين من عبء إلى جزء محبب من اليوم.



---

متى\*afterheading [4] يكون الرفض إنذاراً أعمق؟

أحياناً يكون الرفض صرخة استغاثة تحتاج تقييم متخصص.

— حزن شديد أو فقدان اهتمام بالحياة: قد يشير لاكتئاب يحتاج رعاية مهنية [1].

— قلق غير منطقي من التمرين: نوبات هلع أو خوف من «الموت أثناء الحركة» رغمطمأننة الأطباء تحتاج تقييماً نفسياً [6].

— ارتباك أو نسيان واضح: قد يدل على تدهور معرفي ويحتاج خطة مختلفة.

— ألم حاد غير مسيطر عليه: اضبط الألم مع الطبيب قبل متابعة التمرين.

— تغير مفاجئ في السلوك أو القوة: بعد مرض أو دواء جديد يجب فحصه طبيباً.

خطوة فورية آمنة: إذا ظهر ألم حاد مفاجئ أو دوار شديد أثناء التمرين، أوقف الجلسة،

أجلس الكبير بأمان، واتصل بالطبيب إذا لم يختفِ الشعور سريعاً. سلامته أولاً.



---

#### خلاصة\*afterheading[4] الفصل

رفض كبير السن للحركة ليس تحدياً شخصياً ضد الأسرة، بل خوف أو إحراج أو ألم يمكن تفكيكه بتواصل دافئ وتدرج ذكي. عندما نربط التمرين بأهداف يحبها، ونشارك الأسرة في دعم موحد، يصبح التقدم ممكناً ولو بخطوات صغيرة. وإذا ظهرت علامات إنذار، فطلب تقييم طبي أو نفسي هو الخيار الآمن. بهذه المعادلة نحمي كرامته ونساعده على حياة أكثر نشاطاً وأماناً.

في النهاية، تذكروا أن تحويل الرفض إلى قبول لا يحدث في جلسة واحدة، بل هو رحلة قصيرة من بناء الثقة. في الفصل القادم، سنضيف أداة عملية تساعدكم أن تروا التقدم، حتى لو كان بطيئاً: دفتر متابعة بسيط يحوّل "أحس أنه ما تحسن" إلى أرقام وكلمات ملهوسة.



---

#### المراجع\*afterheading[4] العلمية

[1] R. Smith, & R., Maldeniya, J., S. Meredith, (2023). Factors . A activity: physical in participation adults' older influence that afad145. , (8)52 ,Ageing and Age studies. qualitative of review systematic <https://doi.org/10.1093/ageing/afad145>

---

falling of Fear .(2021) K. Musselman, & T., Ebert, S., MacKay, [2]  
*Geriatrics Canadian literature*. recent of review scoping A adults: older in  
<https://doi.org/10.5770/cgj.24.521> .394–379 ,(4)24 ,*Journal*

effect The .(2025) G. Kocak, & D., Altun, A., M. Aydin, [3]  
 older in lfe of quality on aging successful and kinesiphobia of  
 .811 ,25 ,*Geriatrics BMC* approach. learning Machine adults:  
<https://doi.org/10.1186/s12877-025-06482-8>

Fear-of- .(2021) C. Todd, & K., Crossland, K., E. Stanmore, [4]  
 arthritis: rheumatoid with persons in factors risk associated and falling  
 .260 ,22 ,*Disorders Musculoskeletal BMC* study. prospective 1-year A  
<https://doi.org/10.1186/s12891-021-04068-0>

.(2023) M. Geuens, & B., Schouten, S., Morbée, [5]  
 motivators external and style communication of role The  
 experimental An intentions: behavior health predicting in  
 .2903–2894 ,(13)38 ,*Communication Health* study. vignette  
<https://doi.org/10.1080/10410236.2022.2125012>

to interviewing Motivational .(2016) M. Serdarevic, [6]  
 older of population patient geriatric in change behavior affect  
 .00409 ,(7)6 ,*Psychiatry Clinical & Psychology of Journal* adults.  
<https://doi.org/10.15406/jpcpy.2016.06.00409>

association The .(2017) R. Eime, & L., Banting, L., G. Smith, [7]  
 systematic A adults: older in activity physical and support social between  
 ,*Activity Physical and Nutrition Behavioral of Journal International* review.  
<https://doi.org/10.1186/s12966-017-0509-8> .56 ,14

activity Graded .(2016) V. Akuthota, & R., Fawcett, K., Kuss, [8]  
 and development Program pain: back low chronic with adults older for  
 –2218 ,(12)17 ,*Medicine Pain* study. cohort feasibility mixed-methods  
<https://doi.org/10.1093/pm/pnw062> .2229

- 
- E. Lenze, & J., A. Petkus, J., Wetherell, Loebach [9]  
 fear reduces exercise and therapy exposure Integrated .(2018)  
 pilot randomized A adults: older in avoidance and falling of  
 .859–849 ,(8)26 ,*Psychiatry Geriatric of Journal American* study.  
<https://doi.org/10.1016/j.jagp.2018.04.001>
- .(2012) R. Cumming, & M., Singh, Fiatarone L., Clemson, [10]  
 to activity lfe daily into training strength and balance of Integration  
 parallel Randomised study): (LiFE people older in falls of rate reduce  
<https://doi.org/10.1136/bmj.e4547> e4547. ,345 ,*BMJ* trial.

---

---

# 11

---

## كيف تراقب التقدم؟

---

---

من\*afterheading[4] الميدان

في إحدى زيارتي، فتحت الابنة دفترًا صغيراً على الطاولة. صفحات مليئة بتواريخ، أسهم، وملصقات صغيرة. خلال دقائق عرفت أن والدها: - تمرّ أربعة أيام هذا الأسبوع، - تعثر مرتين في الممر ليلاً، - أصبح يحتاج "لمسة خفيفة" فقط للقيام من الكرسي.

هذا الدفتر البسيط وفّر عليّ نصف الأسئلة، وساعدني أعدل الخطّة بسرعة. ليس ملفاً طيباً ولا وثيقة رسمية، لكنه مرآة صادقة لما يحدث بين الزيارات.



لماذا\*afterheading[4] أصر على وجود دفتر منزلي؟

ليس لأنني أحب "الأوراق" أو زيادة مسؤولياتكم، بل لأن الدفتر يغيّر شكل المتابعة بالكامل. عندما تكتب الأسرة يومياً متى تمرّن كبير السن، وعدد المرات تقريباً، وأي سقوط أو تعثر، تتحول الزيارة من أسئلة عامة إلى نقاش دقيق: - نرى معاً إن كان الالتزام بالتمارين ثابتاً أم متقطعاً. - نربط بين أوقات السقوط وأماكنها لنكتشف "نقاط الخطر" في البيت. - نلاحظ التحسن البسيط الذي قد لا يلاحظ في الزحام اليومي (مثل: "اليوم قام من الكرسي بلهسة خفيفة فقط"). - ونستخدم الدفتر كمصدر تحفيز نفسي، عندما يرى المريض نفسه أنه "تقدم خطوة" مقارنة بالأسبوع الماضي.

لذلك أقول دائماً: الدفتر الصغير في البيت أحياناً أهم من التقرير الطويل في المستشفى.



ماذا\*afterheading[4] ندوّن يومياً؟ (قالب جاهز للنسخ)

نصيحة سريعة: خصصوا صفحة لكل أسبوع. اكتبوا بقلم عادي. لا يحتاج الدفتر لتطبيق أو طابعة فاخرة.

ملاحظات الأسرة	الألم (0-10)	شدة الجهد (0-10)	المدة/التكرارات النشاط	التمرين أو	اليوم/التاريخ
تعب خفيف بعد					
الدقيقة 6	1	4	8 دقائق	المشي في الممر	الأحد
احتاج لمسة خفيفة للمساعدة					
	2	5	6 × 3 تكرار	القيام من الكرسي	الاثنين
...	...	...	...	...	...

للذين\*afterheading [4] لا يحبون الجداول

بعض الأسر لا تتراح للجداول والخانات. لا مشكلة. يمكن أن يكون الدفتر بكل بساطة:  
 - سطر أو سطران لكل يوم، مثل: "الاثنين: مشى في الممر ٣ مرات ذهاباً وإياباً. تعب بعد الثالثة. سقطت رجله مرة بدون سقوط." "الثلاثاء: لم يتمرّن، كان متعباً بسبب قلة النوم."  
 المهم هو الاستمرارية والوضوح، وليس شكل الجدول أو عدد الأعمدة.

طريقة التعبئة السريعة: - اكتبوا اسم النشاط (مشي، تمرين كرسي، صعود درج بسيط).  
 - سجّلوا الزمن أو التكرارات التقريبية. - شدة الجهد (0-10 RPE): استهدفوا 3-5 لمعظم الأنشطة؛ 0 يعني بلا جهد، 10 يعني مجهود جداً. - الألم (0-10): إذا وصل إلى 6 أو أكثر أو كان حاداً، أوقفوا التمرين ودوّنوا الموقف. - الملاحظات: أي شيء لافت: تعب أسرع من المعتاد، تحسن ملحوظ، خوف من تمرين معين.

حدود الأمان: - إذا ظهر دوار شديد، ألم حاد، ضيق نفس، أو سقوط أثناء النشاط □  
أوقفوا التمرين، دوّنوا ما حدث، واتصلوا بالأخصائي أو الطوارئ حسب الشدة. - الدفتر لا  
يغني عن التقييم الطبي. أي تغير مفاجئ (إغماء، ضعف مفاجئ في طرف، حرارة مرتفعة)  
يحتاج طبيباً فوراً.



كيف\*afterheading [4] نسجل حوادث السقوط والتعثر؟  
التفاصيل الدقيقة تساعدنا على تعديل البيئة والتمارين لتقليل الخطر لاحقاً.

الإجراء المتخذ	النتيجة	السبب الظاهر	ما كان يفعله المريض؟	المكان	التاريخ/الوقت
وضع ثلج، أبلغ الأخصائي	كدمة بسيطة في الركبة	سجادة بارزة	دوران للعودة إلى الكرسي	غرفة المعيشة	10 شعبان، 7:30 م

- المكان: داخل البيت/خارجه + الغرفة.
- النشاط: مشي، قيام من الكرسي، دخول الحمام...
- السبب الظاهر: سجادة، إضاءة ضعيفة، تعب شديد، دوران سريع.
- النتيجة: لا إصابة، كدمة، طلب طوارئ.
- الإجراء: اتصلنا بالطبيب، راحة، إزالة السجادة.

اتصلوا بالطوارئ (997) فوراً إذا: - ظهر ألم صدر أو ضيق نفس حاد بعد السقوط.  
- حدث فقدان وعي أو ارتباك شديد. - عجز المريض عن الوقوف أو شعر بألم حاد في  
الورك/الركبة.



ملاحظة\*afterheading[4] التغير الوظيفي في الأنشطة اليومية  
ركزوا على 3-5 مهام أساسية يمكن قياسها كل أسبوع.

ملاحظات	المساعدة المطلوبة اليوم	هذا الأسبوع	الشهر الماضي	المهمة
تقدم واضح، ثقة أعلى	لمسة خفيفة	يقوم مع لمسة خفيفة	يحتاج سحب باليدين + دفع من شخص	القيام من الكرسي
لا سقوط	مراقبة من بعيد	يمشي بالعصا وحده	يحتاج مرافقة قريبة	المشي للحمام

- اختاروا مهام مثل: القيام من الكرسي، المشي داخل البيت، دخول الحمام، صعود درج قصير (إن وجد).
- استخدموا كلمات بسيطة للمساعدة: مستقل، مراقبة قريبة، لمسة خفيفة، مساعدة جزئية، مساعدة كاملة.
- إذا احتاج المريض مساعدة أكبر فجأة أو زادت مدة الإنجاز بشكل واضح، سجلوا ذلك وتواصلوا مع المختص.



---

كيف\*afterheading[4] أستخدم الدفتر مع أخصائي العلاج الطبيعي؟

في بداية كل زيارة، ضعوا الدفتر أمام الأخصائي واركوه يقرأ بهدوء. خلال دقائق سيعرف: - هل التمارين مناسبة أم تحتاج تعديل. - هل هناك وقت معين في اليوم يزيد فيه التعب أو الألم. - هل السقوط يتكرر في مكان محدد (مثل الحمام أو الممر الليلي).  
بهذه الطريقة، تصبحون شركاء حقيقيين في الخطوة، لا مجرد متلقين لتعليمات.



---

كيف\*afterheading[4] نحافظ على الحماس؟

- اجعلوا التدوين لا يتجاوز 3 دقائق بعد النشاط.
- وزّعوا المسؤولية بين أفراد الأسرة حتى لا يتعب شخص واحد.
- استخدموا ملصقات أو ألوان: لليوم المنجز، عندما ظهرت صعوبة.
- احتفلوا بالتحسن الصغير: من "مساعدة جزئية" إلى "لمسة خفيفة" يستحق كلمة شكر وتشجيع.
- ضعوا الدفتر في مكان ظاهر (قرب الكرسي أو على الثلاجة) ليكون تذكيراً دائماً.



---

#### خلاصة\*afterheading[4] دافئة

دفتر المتابعة المنزلي ليس إجراءً معقداً، بل أداة بسيطة تجعل الرحلة أوضح وأسهل: - يسجل التمارين والجهد والألم، - يوثق السقوط بدقة لحماية المريض، - يبين التغير الوظيفي أسبوعاً بعد أسبوع، - ويختصر وقت الزيارة مع الأخصائي لصالح قرارات أدق وأسرع.

ضعوا الدفتر في مكان تحبونه، اكتبوا فيه بصدق، واحتفلوا بكل سطر يثبت أنكم تمضون خطوة للأمام، ولو ببطء. نحن معكم في كل زيارة، والدفتر صديقكم بين الزيارات.

---

---

# 12

---

## رسائل عملية لكل أسرة

---

■ من تجاربي: "أجمل لحظة في زيارتي هي عندما أرى الأب أو الأم ينهضون بثقة بعد أسابيع من التردد، لأن الأسرة تبنت خطوات بسيطة وثابتة."



---

#### المقدمة\*afterheading[4]

بعد كل فصل من فصول الكتاب كنت أعود للبيت وأفكر: ما الرسائل التي لو تذكرتها الأسرة في لحظة تعب أو ارتباك ستصنع الفرق فوراً؟ هذا الفصل هو خلاصة تلك التساؤلات. إنه صندوق وصايا عملية قصيرة، لكنها مبنية على أدلة، وتحترم كرامة كبير السن، وتضع سلامته وسلامة المرافق في المقام الأول.



---

#### عشر\*afterheading[4] وصايا حركية مختصرة

ليست قوانين صارمة، لكنها خلاصات خرجتُ بها من عشرات البيوت والزيارات: 1. الحركة اليومية أهم من جلسة طويلة مرة في الأسبوع. 2. الخطوة الصغيرة المستمرة تغلب القفزة الكبيرة التي لا تتكرر. 3. الحركة الآمنة داخل البيت مقدمة على المشي في الحديقة إذا كان البيت نفسه غير آمن. 4. احترام ألم المريض لا يعني أن نستسلم للكسل، بل أن نبحث عن بديل مريح. 5. الكلمة الطيبة قبل التمرين جزء من العلاج، مثلها مثل التمرين نفسه. 6. المساعدة الزائدة تسرق الاستقلالية، والمساعدة القليلة تزيد السقوط؛ التوازن هو الهدف. 7. لا تقارنوا كبيركم بغيره؛ قارنوه بنفسه قبل أسبوع أو شهر. 8. الراحة مهمة، لكن "الراحة الدائمة" طريق سريع لفقدان القوة. 9. وجود خطة مكتوبة (ولو في ورقة بسيطة) أفضل من اعتماد كامل على الذاكرة. 10. طلب المساعدة من مختصين ليس ضعفاً، بل مسؤولية ورحمة بالنفس وبالمريض.



---

#### نشاط\*afterheading[4] منزلي مصغر: جولة الحركة بعد كل صلاة

الهدف: زيادة مجموع دقائق النشاط اليومي بطريقة آمنة ومتكررة.

الخطوات: 1. بعد كل صلاة، شغل مؤقتاً لمدة 3 دقائق. 2. امشي مع كبير السن في الممر أو حول الغرفة بخطوات هادئة. 3. اطلب منه لمس الجدار أو استخدام عصا مستقرة إذا لزم. 4. سجل عدد الجولات في الدفتر اليومي.

توقف فوراً إذا: - ظهر دوار مفاجئ أو صداع جديد. - صعوبة تنفس أو ألم صدري. - فقدان توازن واضح أو ارتطام بالأثاث.

تذكير للمرافق: امشي بجانب المريض وليس أمامه، وابق يديك قريبة دون سحب. تأكد من أن الأرض جافة وخالية من العوائق قبل البدء.



كلمة\*afterheading[4] من القلب إلى من تعب

أعرف أن بعض من يقرأ هذه السطور يشعر بتعب حقيقي؛ ليس تعب الجسد فقط، بل تعب القلب والعلاقة مع المريض، والضغط بين العمل والأسرة والرعاية.

هذا الكتاب لا يدعي أنه سيحل كل شيء، لكنه يحاول أن يكون رفيقاً هادئاً يذكركم أن: - ما تفعلونه اليوم سيذكر لكم عند الله أولاً، ثم في ذاكرة أبنائكم من بعدكم. - الأخطاء واردة، ولا أحد يرمي؛ perfectly المهم أن نتعلم ونصحح ونستمر. - الاستعانة بأقارب، بجيران، بخدمات رسمية، أو بأخصائيين ليست أنانية، بل حفاظ على قدرتكم على العطاء.

إن كنتم في لحظة إحباط، فاقروا من جديد قصة واحدة من القصص التي تحسنت فيها الحالة رغم صعوبتها، وتذكروا أن الأمل موجود ما دامت هناك محاولة.



---

#### خاتمة\*afterheading[4]

في الختام، هذا الكتاب ليس بديلاً عن الطبيب أو أخصائي العلاج الطبيعي أو بقية الفريق الصحي. هو دليل عملي يساعدكم على فهم ما يحدث في البيت، وتحسين أسلوبكم في المساعدة، وتجنب بعض الأخطاء الشائعة. إذا شعرت الأسرة أن الأمور تخرج عن السيطرة، أو أن التدهور أسرع من قدرتهم على الاستيعاب، فطلب المساعدة المتخصصة ليس اعترافاً بالفشل، بل خطوة شجاعة تحمي الجميع.

---

---

# 13

كيف نطعم أحبائنا بأمان ونحميهم من الشرقة  
والالتهاب الرئوي؟

---

---

من\*afterheading[4] الميدان

في زيارة صباحية لوالد في السبعين بعد جلطة خفيفة، جلستُ معه إلى طاولة الطعام. أرادت ابنته أن تُسعدَه بوجبة فول ساخنة، لكن بعد أول لقمة بدأ يسعل بشدة وتغير لون وجهه. أوقفتُ الإطعام فوراً، طلبتُ منهم تعديل جلسته، وخفّ السعال خلال ثوانٍ. ذلك الموقف الصغير ذكّرني أن الجلوس السليم والانتباه للتنفس قد ينقذ حياة. هذا الفصل يضع بين يديك خطوات بسيطة لتقديم الطعام بأمان في البيت، ومتى يجب التوقف فوراً وطلب المساعدة.



---

1.\*afterheading[4] لماذا يصبح البلع تحدياً مع العمر؟

مع التقدم في العمر، قد تصبح عملية البلع أبطأ وأقل تنسيقاً. بعض المختصين يسمون التغيرات الطبيعية مع العمر في البلع بـ "شيخوخة البلع"، أي أن العضلات والأعصاب التي تنسّق الأكل والشرب تعمل لكن ليست بكفاءة الشباب.

هذا لا يعني أن كل كبير سن سيعاني من مشكلة خطيرة، لكنه يعني أن الهامش بين "الطبيعي" و"الخطير" يصبح أضيق، لذلك نحتاج حرصاً أكبر في طريقة الإطعام ووضع الجلوس.



---

2.\*afterheading[4] علامات صعوبات البلع التي تلتقطها الأسرة بسرعة

- سعال أو شرقة أثناء أو بعد اللقمة/الرشقة [6].
- صوت غرغرة أو بحة بعد البلع (يُوحى بوجود سوائيل قرب الحبال الصوتية) [6].
- بقايا طعام في الخدين أو الحاجة لوقت طويل جداً لإنهاء الوجبة [7].
- فقدان وزن غير مبرر أو تجنب أطعمة مفضلة خوفاً من الشرقة [8].
- حرارة أو التهابات صدرية متكررة بعد الوجبات (علامة خطر تستدعي تقييماً طبياً) [9].

■ تنبيه مهم: شرقة متكررة + حمى أو تغير صوت بعد الأكل = موعد عاجل مع طبيب أو أخصائي بلع. لا تُجرب حلول منزلية وحدك.



---

3.\*afterheading[4] الوضعية الذهبية للأكل والشرب في البيت

#### القواعد\*afterheading[4] الأساسية

1. جلوس بزاوية 90° مع دعم الظهر والقدمين على الأرض أو مسند ثابت [2].
2. ميل خفيف للذقن للأمام إذا أوصى به المختص لتضييق مدخل القصبة الهوائية [3].
3. تركيز وهدوء: أطفئ التلفاز وضع الجوالات بعيداً أثناء الوجبة [10].
4. البقاء جالساً 20-30 دقيقة بعد الأكل لتقليل الارتجاع والشرقة المتأخرة [5].

#### الهدف: تثبيت الجذع والرأس لتوجيه الطعام بعيداً عن مجرى التنفس.

مناسب لـ: كبار السن القادرين على الجلوس بدعم خفيف.

غير مناسب لـ: من لديهم ميل للسقوط جانباً أو ضيق تنفس حاد أثناء الجلوس.

الأدوات: كرسي بظهر، وسادة خلف أسفل الظهر، طاولة بارتفاع السرة تقريباً.

1. انخطوات: ضع الوسادة خلف أسفل الظهر وثبت القدمين على الأرض أو مسند ثابت.
2. اضبط ارتفاع الطاولة بحيث لا يضطر المريض للانحناء للأمام. 3. اطلب من المريض ثني الذقن قليلاً أثناء البلع، ثم العودة لوضع محايد بين اللقم. 4. ابدأ بلقمة اختبار صغيرة وراقب الصوت والتنفس خلال 10 ثوانٍ.

توقف فوراً إذا: - ظهر سعال متكرر أو صعوبة تنفس واضحة. - تغير لون الشفتين إلى أزرق أو شاحب. - أصبح الصوت مبوحاً أو غرغرة بعد كل لقمة.

إذا حدث ذلك: أوقف الأكل، اجعل المريض أكثر انتصاباً، واتصل بالطوارئ (997) إذا صاحبت الأعراض ضيق تنفس أو زرقة.

أين\*afterheading[4] ينتهي دور العلاج الطبيعي في موضوع البلع؟

من المهم أن نوضح أن تقييم وعلاج اضطرابات البلع المتقدمة هو بشكل أساسي من اختصاص: - أخصائي أمراض النطق والبلع. - وأحياناً فريق تغذية وتمريض وطبيب مختص.

دور أخصائي العلاج الطبيعي في البيت يكون غالباً في: - تحسين وضعية الجلوس والرأس أثناء الأكل. - تقوية الجذع والرقبة بما يساعد على البلع الآمن. - تنسيق العمل مع بقية الفريق عند ملاحظة علامات خطرة.

لذلك، إذا شكّت الأسرة أن هناك مشكلة بلع حقيقية (سعال متكرر مع الأكل، فقدان وزن، طول وقت الوجبة...) يجب طلب تقييم متخصص، وليس الاعتماد على تمارين عامة فقط.



4.\*afterheading[4] استراتيجيات بسيطة تسهل البلع بدون تدخلات طبية معقدة

- لقم صغيرة وبطيئة باستخدام ملعقة شاي [10].
- تجنب الأطعمة الجافة المفتتة أو السوائل الرقيقة جداً ما لم يوافق المختص [4].
- درجة حرارة معتدلة للطعام؛ لا شديد السخونة أو البرودة.
- وجبات أصغر موزعة على اليوم لتقليل الإجهاد.
- لا تُطعم شخصاً شبه نائم أو منهك؛ انتظر حتى يكون يقظاً.
- نظافة الفم بعد كل وجبة تقلل خطر الالتهاب الرئوي الاستنشاقى [11].

---

\*afterheading[4] منزلي: لقمة آمنة مع مراقبة التنفس

الهدف: تدريب الأسرة على تقديم لقمة صغيرة مع رصد علامات البلع السليم.

مناسب لـ: شرقة خفيفة متقطعة بلا حمى أو ضيق تنفس.

غير مناسب لـ: شرقة يومية متكررة أو التهابات صدرية حديثة (يحتاج تقييم مختص أولاً).

الأدوات: ملعقة شاي، كوب ماء معتدل الحرارة إذا سمح المختص، منديل نظيف.

الخطوات: 1. أخبر المريض أنك ستقدم لقمة صغيرة واطلب مضغاً بطيئاً. 2. ضع نصف

ملعقة شاي على وسط اللسان، وذكّر بثني الذقن قليلاً أثناء البلع. 3. راقب الصوت والتنفس

خلال 10 ثوانٍ بعد البلع. 4. انتظر 20-30 ثانية قبل اللقمة التالية، واسأل عن الشعور.

توقف فوراً إذا: - سعال متواصل أو صوت غرغرة بعد البلع. - ضيق تنفس أو دوار.

- بقايا طعام كثيرة في الفم رغم المحاولة.

في هذه الحالات: أوقف الإطعام، اجعل الجذع مستقيماً، أعطِ المريض فرصة للسعال،

ولا تُكمل الوجبة حتى يقيم مختص الوضع.



---

5.\*afterheading[4] ماذا نفعل عند الشرقة؟ ومتى نطلب المساعدة؟

— شرقة خفيفة (سعال بسيط والتنفس مستقر): أوقف الأكل، دع المريض يسعل برفق،

وامنحه وقتاً لتهدئة التنفس [7].

- شرقة متكررة خلال نفس الوجبة أو يومياً: أوقف الإطعام واجز تقييماً طيباً أو لدى أخصائي بلغ لتحديد القوام المناسب [3].
- شرقة شديدة مع ضيق تنفس، زرقة، أو فقدان وعي: طوارئ حقيقية؛ أوقف الإطعام واتصل بالإسعاف (997) وأبقِ المريض جالساً مدعوم الرأس.

متى\*afterheading[4] نتصل بالطوارئ فوراً؟

أثناء الأكل أو الشرب، إذا حدث أي مما يلي: - بدأ كبير السن يَحْتَنق، ولا يستطيع إخراج صوت أو كحة فعّالة. - تغيّر لون الوجه إلى أزرق أو رمادي. - توقّف التنفس للمخظات وبدأت عليه علامات هلع شديد.

هنا لا نناقش ولا نجرب "طرق منزلية" فقط؛ يجب الاتصال بالطوارئ فوراً واتباع تعليمات المسعف.

وإذا حدثت شرقة شديدة تبعها: - حرارة بعد يوم أو يومين. - كحة مستمرة مع بلغم أصفر أو أخضر. - تعب غير معتاد أو ضيق نفس.

فهنا نحتاج مراجعة طبية عاجلة؛ لأن ذلك قد يكون بداية التهاب رئوي استنشاق.



6.\*afterheading[4] وقاية الالتهاب الرئوي الاستنشاق في البيت

- نظافة الفم بعد كل وجبة (فرشاة أو مسحة فموية لطيفة) تقلل الحمل البكتيري [11].
- تجنب الإطعام في وضعية الاستلقاء أو قبل النوم مباشرة [5].

- مراقبة الحرارة والسعال بعد الوجبات؛ الحمى أو السعال المتأخر يحتاجان تقييمًا طبيًا.
- تجنب الأطعمة والسوائل عالية الخطورة بدون إشراف مختص (مكسرات، بسكويت جاف، ماء بكميات كبيرة إذا كان البلع ضعيفًا) [4].

#### قائمة\*afterheading [4] فحص سريعة لزاوية الأكل في البيت

العنصر	الخطر إذا أهمل	ما الذي سنفعله اليوم؟
ارتفاع الكرسي والطاولة	انحناء مفروط □ دخول الطعام للمسار الخاطئ أو ألم ظهر للمرافق	اضبط الطاولة عند مستوى السرة تقريباً واستخدم وسادة خلف الظهر لزاوية 90°
مسند القدمين	قدمان متدليتان □ عدم استقرار الجذع □ خطر شربة رؤية ضعيفة للطعام □ سوء تقدير للقوام والكمية	وفر مسند قدمين ثابت أو صندوق غير منزلق ليبقي الركبتين بزاوية 90° إضاءة مباشرة فوق الطاولة وتجنب الظلال القوية
المشتتات (تلفاز/جوال)	فقدان التركيز □ بلع غير منضبط	أطفئ التلفاز وضع الهواتف جانباً أثناء الوجبة
الأطعمة عالية الخطورة	شرقة أو اختناق	تجنب تقديمها بدون توصية مختص؛ اختر قواماً ليناً ومعتدلاً
جاهزية المنديل والماء	بقايا طعام غير ملحوظة □ شرقة متأخرة	ضع منديلاً نظيفاً وكوب ماء معتدل الحرارة للاستخدام عند الحاجة فقط
وضعية مقدم الرعاية	انحناء مستمر □ إجهاد أو ألم ظهر	اجلس على كرسي بارتفاع مقارب للمريض أو استخدم طاولة أعلى قليلاً

تطبيق عملي: خصص 5 دقائق قبل الغداء لمراجعة الجدول، وأشر بعلامة ✓ على ما تم ضبطه.



7.\*afterheading [4] خلاصة ودعوة للعمل

- البلع الآمن يبدأ بالوضعية: 90° جلوس، دعم للقدمين، وميل خفيف للرأس عند الحاجة.
  - علامات الإنذار واضحة: سعال متكرر، صوت غرغرة، بقايا طعام في الفم، حمى بعد الوجبات.
  - الاستراتيجيات البسيطة تحمي: لقم صغيرة، تقليل المشتتات، نظافة فموية، وتوقيت الوجبات بعيداً عن النوم.
  - سلامة مقدم الرعاية مهمة: اضبط ارتفاع الطاولة والكرسي لتحمي ظهرك وتراقب التنفس بوضوح.
  - تذكر الخط الأحمر: أي ضيق تنفس أو زرقة أو شرقة متكررة = توقف فوري واتصال بـمختص أو بالطوارئ.
- نحن معك في كل خطوة: خطوات بسيطة اليوم تعني وجبات أكثر أماناً وغداً أكثر صحة لك ولمن تحب.



أسئلة\*afterheading [4] تتكرر من الأسر حول البلع

س: جدي يسعل قليلاً في بداية كل وجبة، هل هذا طبيعي؟ ج: قد يكون الأمر بسيطاً، لكن إذا تكرر مع معظم اللقعات، أو كان مصحوباً بتعب أو صوت "غرغرة" في الحلق، فالأفضل عرض الحالة على مختص.

س: هل طحن الطعام وخلطه دائماً هو الحل الآمن؟ ج: ليس دائماً. أحياناً الأطعمة المهروسة جداً قد تزيد صعوبة التحكم في الفم إذا لم تُعدّل القوام بطريقة مناسبة. لذلك يُفضل استشارة مختص قبل تغيير قوام الطعام بشكل كبير.

س: نستخدم الشفاطة (straw) لتسهيل الشرب، هل فيها خطر؟ ج: في بعض حالات صعوبات البلع، الشفاطة قد تجعل السوائل تسير بسرعة أكبر من قدرة المريض على التحكم، فتزيد الشفقة. القرار هنا فردي، ويُفضل أن يؤخذ بعد تقييم متخصص.

س: من أين نبدأ إذا شككنا أن لدى والدتنا صعوبة في البلع؟ ج: أول خطوة هي تدوين ما تلاحظونه (وقت الكحة، نوع الطعام، مدة الوجبة، أي فقدان وزن)، ثم عرض هذه الملاحظات على الطبيب أو أخصائي البلع. هذه المعلومات المختصرة توفر وقتاً وتساعد على تشخيص أدق.



---

المراجع\*afterheading[4]

[1] al. et L., Vernuccio, L., Dominguez, S., Cavallero, (2020).  
Care Geriatric Age. Old in Dysphagia and Presbyphagia  
.55-65:(2)6

[2] al. et C., Engel, J., Bond, A., Labeit, (2022).  
Older Community-Dwelling in Presbyphagia of Correlates Neural and  
Neuroscience Aging in Frontiers Adults.  
.14:912691

---

a during Aspiration and Dysphagia .(2023) A. Brooks, [3]  
*Frontiers Perspective. Partner's Care A Hospitalization: Parkinson's*  
.15:1258979 ,*Neuroscience Aging in*

Fluids Thickened of Use the on Paper Position .(2024) RCSLT. [4]  
Management. Dysphagia in

Risk .(2025) al. et E., Shokrollahi, K., Hashmi, A., L. Martínez, [5]  
*Health Public AIMS Elderly. the in Pneumonia Aspiration of Mortality and*  
.10-1:(1)12

ASHA Symptoms. and Signs – Dysphagia Adult .(2020) ASHA. [6]  
Portal. Practice

for Home a in Difficulties Mealtime .(1997) al. et M., C. Steele, [7]  
.50-43:(1)12 ,*Dysphagia Dysphagia. Just Not Aged: the*

Prevalence .(2025) al. et R., Alswat, R., Alotaibi, A., Algethami, [8]  
.130-123:(3)17 ,*JPBS Arabia. Saudi Western in Dysphagia of*

Causes. and Symptoms – Dysphagia .(2023) Clinic. Mayo [9]

Older in Dysphagia and Nutrition on Guidelines .(2024) WHO. [10]  
Adults.

Oral .(2002) al. et T., Ohnishi, M., Yoshida, T., Yoneyama, [11]  
*JAGS Homes. Nursing in Patients Older in Pneumonia Reduces Care*  
.433-430:(3)50

---

---

# 14

طريخ الفراش — العناية الحركية والوقاية من  
المضاعفات

---

---

لماذا\*afterheading[4] هذا الفصل مهم؟

من واقع عملي في الزيارات المنزلية، أكثر من 40% من الحالات التي أزورها هي لمرضى  
طريحي الفراش.

terheading\*1.

- العضلات والأوتار تقف
- المفصل يتجمد في وضع
- بعد 2-3 أسابيع، التبد

مثال واقعي: مر

النتيجة؟ ما قدرنا نفرد

الوقاية:

- حرك كل مفصل مر
- لا تترك المريض في نف

terheading\*2.

الحقيقة المرة:

- أول أسبوع: تفقد 90%
- أول شهر: تفقد 40%
- بعد 3 أشهر: العضلة ت





أ  
احمرار أو سخونة  
ألم عند الضغط

أحبس النفس (عدا)  
أخرج الهواء من الفم  
كرر 5 مرات

3. التقلب الأول

من الظهر إلى الجانب  
ضع وسادة بين الركبتين  
تأكد من راحة الوضع

منتصف\*loading

4. تمارين المدى

القاعدة الذهبية:

حرك كل مفصل ببطء  
ثبت 5 ثوانٍ  
ارجع ببطء

أصابع القدم: ثني

الوقت الكلي:





---

الوسائد\*reading

1.\*terheading.  
استقامة العمود الفقري

2.\*terheading.  
قرح الكعب  
الطريقة الصحيحة  
يكون الكعب معلق

3.\*terheading.  
تمنع التدحرج للخلف

---

التغذية\*ding

المشكلة\*ding

الأسباب:

قلة الحركة □ قلة  
الاكتئاب والعزلة  
جفاف الفم  
صعوبة البلع

نصائح\*ading

1. وجبات

5-6 وجبات صغيرة  
اجعل الوجبات

بين ووربادي  
مكملات بروتين (بعد

### 3. السوائل

الهدف: 1.5-2

علامات الجفاف

جفاف الشفاه

قلة التبول

بول أصفر غامق

دوخة

### 4. وضعية الأكل

ارفع رأس السرير 45

أبقِ المريض جالساً 0

أطعمه ببطء وبلقمات

المناطق الحساسة

نصائح مهم

غطّي المريض

جفف كل من

استخدم كريم

ing\*الفحص

الفحص هذه ا

العصص (عظمة

الكعبين

الكتفين

المرفقين





---

متى\*ding

اتصل\*ng

رفض المريض  
قلة التبول (أقل  
إمساك شديد  
ظهور احمرار ج

اطلب\*ng

حرارة فوق 38.5  
صعوبة شديدة  
جرح عميق مع  
تورم مفاجئ في  
فقدان وعي  
نزيف لا يتوقف

---

رسالة\*ading

رعاية طريق ال

أنت تستيقظ

جسمه بالماء. تحرك

هذا عمل شاق

لكن تذكر:

---

الخلاصة\*

رعاية طريق







الأولى: تغيير مف  
الثاني: تدهور ت







متى\*ding

اتصل بالط

أول مرة يحصل

مصاحب بحرا

رفض شرب

محاولة إيذاء نف

فقدان وعي من

ضعف مفاجئ

الهذيان ليس

إذا عالجنا السبب

---

الخرف\*g

---

ينسى أن

---

يتوه في الحج

---

يستخدم ك

---

لا يستطيع

---

قاعدة عملية:  
يأكل، يتوه في اليد

كيف\*ding

1. الروتين الث

مريض الحرف

موعد نوم واستيقاظ  
وجبات في نفس

3. الكلام

بدلاً من:

والزرقاء بعد الـ

قل: "تفض

- قفل أبواب الغرف
- سوار تعريف عليه رق

تكرار نفس السؤال

”متى بنروح المست

- لا تقل ”قلت لك قبل
- جاوب بنفس الهدوء
- ممكن تحوّل انتباهه بن
- لو السؤال عن موعد

- فصل إصباتي في الكون
- جرس على الباب
- لو خرج، لا تجري



كلام عن الموت  
قلة حركة والنس

كيف\*ng

يرفض كل

مزاجه منخن

وجهه جامد

ساكت ومم

نقطة مهمة  
الإحساس بالأ

ماذا\*ling

لا وعود ب

1. حركة

الحركة الج

مشي خفيف

شعوره بالفشل.

بدلاً من ذلك

2. روتين يومي

الاكتئاب يح

استيقاظ في نفس

وجبات منتظمة

نشاط بسيط ثابت

3. تواصل إن

الانعزال يزيد

جلسة يومية 15 د

أسأله عن قصص

شغل له آذان أو ف

لا تتركه وحده فتر

4. أهداف ص

لا تقول: "لا ز

قل: "اليوم هد

النجاحات الع

متى\*reading

لا تنتظر —

اكتتاب مستم

قلق شديد أو

انسحاب كامل

جمل\* rheading

استخدم هذه الجم

بدلاً من "لا": "خلنا  
عند الرفض: "فهمت  
عند التشوش: "كل  
عند السؤال المتكرر: نف  
عند الخوف: "أنت آم  
عند الهلوسة: "أنا ما أ  
عند الغضب: "أشوف  
للتشجيع البسيط: "أنس

ساعة أو ساعتين  
يوم كامل في

3. تواصل

كثير مستند  
مع ناس يفهمو

4. لا تشع

مشاعر الذن



محاولة إيذاء نفسي  
عنف جسدي  
هياج شديد  
هلوسة مخيفة

علامات\*

تدهور ذهني  
توقف كامل  
سقوط متكرر  
فقدان القدرة

---

خاتمة\*ng

رعاية كبير

أنت تتعام

أحياناً يهتمك.

هو يحس بالص

قد لا يتذكر ا

دورك ليس

على كرامته.

n, [3]  
intervention,  
ancet, The  
6(20)6736  
er's [4]  
and facts  
/alz.13016  
Liu, [5]  
Family for  
ta-Analysis.  
196/19468  
hao, [6]  
symptoms  
ta-analysis.  
15.09.069  
n, [7]  
Dementia  
ta-Analysis.  
nt/gnaa118

Meta-Analysis:  
2018, 147-165  
hon, [12]  
oral Cognitive  
Systematic A  
geront/gny076

ملاحظة: جميع  
الشخصية للحفاظ



# الأجهزة

مقدمة\*ding

الأجهزة المسا

أو تبيّسه إذا استُ  
مناسباً للحالة، مضب

---

الأجهزة\*

العصا\*ng

متى تناسب

إذا كان لديه

إذا كان الألم

إذا كان يحتاج



الكرسي g\*

متى يكون

- بعد جراحة أو
- عند تعب شديد

متى قد يصح

- إذا استخدمناه
- إذا منعناه من

قواعد أمان

- تأكد من وجوب
- لا تتركه فوق
- عند عبور عتبة

- عندما يمسك الجبهة
- الكوع يكون مثنيًا
- اليد لا تُشد للأعلى

هي جبار  
بالضبط الجيد  
خاطئة.

CO/KFO

لماذا تُستخدَم

لتثبيت الكاحل  
لتقليل خطر الـ

متى خطر

إذا كانت شدّة

إذا كانت رخوة

شراء جهاز غير من  
استخدام جيرة س  
الاعتماد على الكر  
جهاز رديء، زلق  
استخدام الجهاز د

---

أمان\*reading

أمر بسيطة تن

---

متى\*ding

سقوط متكرر

ألم جديد بسبب

احمرار أو جرح

تدهور مفاجئ

ضعف شديد أ

---

المراجع\*ling

World [1]

. WHO .*health*

World [2]

WHO. .*systems*

ational [3]

*people: older in*

Centers [4]

*all Adult Older*





---

قاعدة\*ng

رتب خط

السلامة أولاً:

إيقاف السبب

تقييم بسيط: ما

خطة يومية وا

يحسن تدريجياً مع  
لا يصاحبه ألم شديد  
تيّس مقلق:  
ألم شديد أو مفاجئ  
مفصل ساخن أو  
تيّس يزيد يوماً بعد  
ماذا\*reading

خفف الضغط على  
حرّك المفصل حرّ  
بدّل الوضعيات كـ  
راقب الألم: إذا زاح

ding\* متى

ألم شديد لا يه  
تورم واضح أو  
فقدان حركة م

---

ng\* قرحة

ماذا\*reading

تدليك عنيف للمنع  
ترك الجلد مكشوف  
تجاهل الألم بحجة

متى\*reading

ظهور جرح مفتوح  
احمرار مع إفرازات  
ألم شديد أو ارتفاع

خفف الحركة

إذا كان هناك

الأسبوع ١

راجع بيئة اليد

تأكد أن الجها

ابدأ تمارين بسية

متى\*ding

ألم شديد في الإ

ضربة رأس مع

كدمات كبيرة

الشرقة\*ding

علامات\*ing

كحة متكررة أثناء  
صوت مبلى بعد  
تكرار الالتهاب الرئوي

ماذا\*reading

اجعل الجلسة مستمرة  
قسّم اللقيمات إلى  
عدّل القوام بشكل

فقدان وعي أو  
ألم صدر أو ص  
ضعف مفاجئ  
نزيف لا يتوقف  
تدهور سريع و

Panel, Advisory  
*Treatment and*  
ington, [3]  
g for Exercise  
*abase Cochrane*  
n Panel [4]  
sh and Society  
cal AGS/BGS  
*urnal persons.*  
ational [5]  
merican [6]  
*ctice Dysphagia*  
chero, [7]  
Development  
oods modified  
etwork. IDDSI





---

متى\*ding

خوف زائد يمتد

استعجال بالنقل

مساعدة زائدة

ضغط نفسي أ

فوضى المواعيد

الظهر\*ading

مشوار قصير داخل  
فحص الجلد في الم  
ترتيب مسار المشي

المساء\*ading

تهدئة الجو وتخفيف  
مراجعة ما حدث  
تجهيز بسيط لليوم

---

المواعيد\*ng

كيف\*ng

ورقة أسئلة مخت

قائمة أدوية مح

ملاحظات دق

حيل\*ading

يهمني راحتك، د  
نبدأ بدقيقة واحدة  
أريد الاطمئنان ع  
دعنا نفعلها معاً.  
اليوم الجو مناسب  
أنا بجانبك، ولا يو  
جرب الكرسي أول  
إذا لم تناسبك، نر  
دعني أرتب لك ا  
نحافظ على صحتك

توزيع\*ng

شخص للمتابعة

شخص للتمارين

شخص للمتابعة

متى\*ding

شعور دائم بالإ

فقدان النوم أو

التفكير المستمر



laty, [3]  
entia. with  
man, [4]  
, (2014) S.  
.1060  
nolz, [5]  
y of effects  
.27–23  
orld [6]  
WHO.

رسالة\*ading

في نهاية هذا  
أفرادها من كبار  
بل هو عمل إنساني

الرعاية\*ading

الرعاية المنزلية  
العطاء. وفي هذه

- الإرهاق الجسدي
- الضغط النفسي من
- العزلة الاجتماعية
- الشعور بالذنب عند

## 2. حافظو

- احرصوا على الد
- تناولوا وجبات
- مارسوا نشاطاً
- استخدموا تقنيا

## 3. لا تهملو

- تحدثوا عن مش
- لا تشعروا بالذ
- انضموا لمجموعا
- اطلبوا المشورة

## 4. وزّعوا

لا تتحملوا

مهاماً بسيطة مث

لبية مهم:

تذكروا: الشعور

لهم حدود. اعترفوا

متى\*reading

لا تترددوا في

— شعرت بالإرهاق

— لاحظت تدهوراً

— واجهت صعوبة في

— احتجت لتعليم تقني

— أردت تقييماً شاملاً

رسالة\*ng

إلى المريض

نعلم أن فق

تذكر أن تعاونك

خطوة تخطوها

إلى الأسر

أنتم تقومون

كل هذا يُحدث





حرف\*ding

أنشطة الحياة

الأكل، الشرب،

إعادة التأهيل

والوظيفية بعد الإ

---

حرف\*ng

برنامج التمارين

مخصصاً للمريض

البتر (amputation):

أو مرض.

الدماغية أو إصابات

تمارين المدى

مرونة المفاصل وه

التهاب الوريد

جلطة دموية، خص

---

حرف\*ding

حرف ng\*

الحمل الجزئ

جزء فقط من

---

حرف ng\*

خشونة الما

يسبب ألماً وتيب

---

حرف\*ding

الرعاية الصحية

للمريض في منزله

الرعاية المديدة

يحتاجون مساعدة

---

حرف\*ng

الشرقة / ا

التنفس بدلاً هـ

الشلل النص

عادةً بعد جلط

حرف\*ding

الضمور العضلي

الاستخدام أو مره

ضغط الدم ال

الدم عند الوقوف

---

حرف\*ng

العلاج الط

التمارين، الحركة

العلاج الو

القدرة على أدا

العصا: (e)

العصا ربا

أكبر من العص

---

حرف\*ding

قرحة الضغط

المستمر على منطقة

القوة العضلية

قياس درجة

المهام اليومية دون

العمر وقلة الحر

---

حرف\*ng

المشاية ذا  
الجهد مقارنة بـ

المدى الحر  
بالدرجات.

حرف\*ding

النقل الآمن

العكس دون إصا

نوبة نقص ترو

ثم تزول، علامة

---

حرف\*ding

حرف\*ng

الوذمة : ( )

المرضى قليلي ا

الوقاية من

خطر السقوط

ملاحظة:

التفاصيل، يُرجى