

◇ ◇ ◇

رفيق الرعاية

العلاج الطبيعي لكبار السن في المنزل

دليل عملي شامل للأسر ومقدمي الرعاية

◇ — ◇ — ◇

تأليف

عبدالكريم بن محمد الدوسري

أخصائي علاج طبيعي

الطبعة الأولى

٢٠٢٥ م ◇ ١٤٤٦ هـ

رفيق الرعاية

العلاج الطبيعي لكبار السن في المنزل
دليل عملي شامل للأسر ومقدمي الرعاية

حقوق الطبع والنشر © ٢٠٢٥ — جميع الحقوق محفوظة للمؤلف

المؤلف: عبدالكريم بن محمد الدوسري — أخصائي علاج طبيعي مرخص

الطبعة الأولى: ٢٠٢٥ م / ١٤٤٦ هـ

ISBN: [يُملأ بعد الحصول على الرقم]

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

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، دون إذن خطي مسبق من المؤلف.

تنبيه طبي مهم:

المعلومات الواردة في هذا الكتاب مخصصة لأغراض تعليمية فقط، وليست بديلاً عن الاستشارة الطبية المتخصصة. يُنصح دائماً باستشارة الطبيب أو أخصائي العلاج الطبيعي قبل البدء بأي برنامج تمارين.

ملاحظة الخصوصية:

جميع القصص والحالات الواردة حقيقية، لكن تم تغيير الأسماء والتفاصيل الشخصية للحفاظ على الخصوصية.

طُبِعَ في المملكة العربية السعودية

إهداء

إلى أمي وأبي

الذين علّمني أن الرحمة بالضعيف عبادة،
وأن خدمة الناس شرف لا يُضاهى.

إلى ابنتي نورة

نور عيني ورفيقة دربي.

إلى إخواني وأخواتي

سندي في كل خطوة.

إلى زملائي في العلاج الطبيعي والرعاية المنزلية

الذين يحملون رسالة الشفاء إلى كل بيت.

إلى كل أسرة تُرافق كبيرها في رحلة العمر
هذا الكتاب لكم.

عن المؤلف

عبدالكريم بن محمد الدوسري

أخصائي علاج طبيعي مرخص من الهيئة السعودية للتخصصات الصحية، حاصل على بكالوريوس العلاج الطبيعي من جامعة جازان (٢٠١٧م).

يعمل حالياً في قسم الرعاية المنزلية بمستشفى الملك عبدالله بيشة ضمن تجمع عسير الصحي، متخصص في العلاج الطبيعي المنزلي لكبار السن والرعاية التلطيفية والعلاج التنفسي.

خلال سنوات عمله الميدانية، زار مئات الأسر السعودية في منازلهم، واكتسب خبرة عملية واسعة في التعامل مع التحديات الحقيقية التي تواجه كبار السن وأسرتهم يومياً.

اللجنة العلمية للكتاب

سالم بن زقر

أخصائي علاج وظيفي — مستشفى الملك عبدالله بيشة

ركّزت مراجعته على الفصول ذات الطابع التأهيلي الوظيفي واستخدام الأجهزة المساعدة وتكييف بيئة المنزل، وهي: الفصل الثاني (قراءة حالة المريض)، الفصل الثالث (النقل الآمن)، الفصل الرابع (التوازن والسقوط)، الفصل الخامس (الأجهزة المساعدة)، الفصل السادس (برنامج التمارين المنزلية)، والفصل التاسع (ما بعد الجلطة والكسور)، مع التأكد من أن التوصيات تراعي أنشطة الحياة اليومية (ADLs) وقابلية تطبيقها في البيت.



خالد شبلي

ماجستير علاج طبيعي — أخصائي أول علاج طبيعي — مستشفى الملك عبدالله بيشة

رُكِّزَت مراجعته على الفصول التي تجمع بين البعد العلمي المتقدم والتطبيق العملي: الفصل الأول (التغيرات الحركية)، الفصل الرابع (التوازن)، الفصل الخامس (المشي)، الفصل السادس (برنامج التمارين)، الفصل السابع (ألم التمارين)، والفصل التاسع (الجلطة والكسور)، مع مراجعة المراجع العلمية والتأكد من مواكبة التوصيات للإرشادات الحديثة.



ناصر محمد القحطاني

مرض رعاية صحية منزلية — برنامج الرعاية الصحية المنزلية، مستشفى الملك عبد الله بيشة
راجع الفصول المرتبطة بعمل فرق الرعاية المنزلية: الفصل الثاني (ملاحظة الحالة)، الفصل الثالث (النقل الآمن)، الفصل الثامن (الجلوس الطويل وقرح الفراش)، الفصل الحادي عشر (دفتر المتابعة)، والفصل الثاني عشر (رسائل عملية)، مع التركيز على سلامة المريض ودور الأسرة والتوثيق الواقعي.



عبدالمؤمن أحمد صميلي

أخصائي علاج طبيعي — الرعاية المديدة — مستشفى النقاهاة والرعاية المديدة
راجع المحتوى المرتبط بطريحي الفراش والرعاية طويلة الأمد: الفصل الثالث (النقل الآمن لضعيفي الحركة)، الفصل الثامن (الجلوس الطويل وقرح الفراش)، الفصل الثالث عشر

(وضعية الأكل الآمنة)، والفصل الرابع عشر (طريخ الفراش)، مع فقرات من الفصل التاسع المرتبطة بالمرضى في الرعاية المديدة.



د. سعد عبدالله الحويزي

طبيب رعاية صحية منزلية — برنامج الرعاية الصحية المنزلية، مستشفى الملك عبدالله بيشة
راجع المقدمة وتنبيهات السلامة الطبية، إضافة إلى: الفصل الثالث (المخاطر الطبية الحادة)،
الفصل السابع (الألم التحذيري)، الفصل التاسع (مضاعفات الجلطات والكسور)، الفصل
العاشر (التعامل مع الرفض والخوف)، والفصل الثالث عشر (الوقاية من الشققة)، مع التأكد
من وضوح متى يجب التواصل مع الطبيب أو الإسعاف.



خالد بدير المطيري

أخصائي علاج طبيعي — مستشفى الملك عبدالله بيشة
راجع الفصول التأهيلية الأساسية: الفصل الثاني (قراءة الحالة)، الفصل الثالث (النقل
الآمن)، الفصل الرابع (التوازن)، الفصل الخامس (الأجهزة المساعدة)، الفصل السادس
(برنامج التمارين)، والفصل التاسع (ما بعد الجلطة والكسور)، مع التأكد من مواكبة التوصيات
للإرشادات الحديثة.

ملاحظة مهمة: يتحمل المؤلف كامل المسؤولية عن الصياغة النهائية للكتاب، بينما اقتصر
مساهمة المراجعين على مراجعة المحتوى العلمي والعملية ضمن نطاق خبرتهم السريرية، دون أي
مسؤولية قانونية عن طريقة تطبيقه الفردية.

المحتويات

vii	اللجنة العلمية للكتاب
xiii	مقدمة الكتاب
١	١ كيف يتغير جسم كبير السن حركياً؟
١٣	٢ قراءة حالة المريض في البيت بعين أخصائي علاج طبيعي
٣١	٣ النقل الآمن وحماية ظهر المرافق
٤٣	٤ التوازن وخطر السقوط عند كبار السن
٦٥	٥ المشي والأجهزة المساعدة (العصا، المشاية، الكرسي المتحرك)
٨١	٦ كيف نصمم برنامج تمارين منزلية آمن وواقعي لكبار السن؟
٩٩	٧ كيف نُميّز الطبيعي من الخطر؟
١٠٧	٨ الحركة كدواء آمن

١١٥	٩ كيف نحمي الحركة في البيت؟
١٢٥	١٠ التعامل مع الرفض والعناد والخوف من الحركة
١٣٥	١١ كيف تراقب التقدم؟
١٤١	١٢ رسائل عملية لكل أسرة
١٤٥	١٣ كيف نطعم أحبابنا بأمان ونحميهم من الشرقة والالتهاب الرئوي؟
١٥٥	١٤ طرح الفراش — العناية الحركية والوقاية من المضاعفات
١٧٥	خاتمة
١٧٩	مسرد المصطلحات الطبية

مقدمة الكتاب

لماذا كتبت هذا الكتاب؟

في كل زيارة منزلية، أرى نفس المشهد يتكرر: ابن أو ابنة يحاولون مساعدة والدهم أو والدتهم، لكنهم لا يعرفون الطريقة الصحيحة. يرفعونهم بشكل يؤلم ظهورهم، يخافون من تحريكهم خشية إيذائهم، أو يتركونهم طريحي الفراش ظناً منهم أن الراحة هي الأفضل.

هذا الكتاب ولد من تلك اللحظات — من الأسئلة التي تتكرر في كل بيت، ومن الحاجة الحقيقية لدليل عملي يتحدث بلغة الأسرة السعودية ويفهم واقعها.



لمن هذا الكتاب؟

- الأبناء والبنات الذين يرعون والديهم المسنين في المنزل
- المرافقون والمرافقات الذين يعملون في رعاية كبار السن

-
- أخصائيو العلاج الطبيعي الجدد في مجال الرعاية المنزلية
 - كل من يريد أن يفهم كيف يتغير الجسم مع التقدم بالعمر



ماذا ستجد في هذا الكتاب؟

ستجد في هذا الكتاب ثلاثة عشر فصلاً تغطي كل ما تحتاجه لرعاية كبير السن حركياً في المنزل:

- فهم التغيرات الجسدية المصاحبة للشيخوخة
- تقييم حالة المريض وقدراته الحركية
- النقل الآمن وحماية ظهر المرافق
- الوقاية من السقوط وتحسين التوازن
- استخدام الأجهزة المساعدة بشكل صحيح
- تصميم برنامج تمارين منزلية آمنة
- التعامل مع الألم والمشاكل الشائعة
- الوقاية من قرح الفراش
- الرعاية بعد الجلطات والكسور والعمليات
- التعامل مع الرفض والخوف من الحركة
- توثيق التقدم ومتابعته
- نصائح عملية للتغذية الآمنة



رسالتي لك

هذا الكتاب ليس بديلاً عن المتخصصين، لكنه رفيق يساعدك على فهم ما يحدث، ويمنحك الثقة للتعامل مع المواقف اليومية، ويعلمك متى تطلب المساعدة المتخصصة. أتمنى أن يكون هذا الكتاب عوناً لك في رحلة رعاية أحبابك، وأن يُخفف عنك بعض العبء الذي تحمله.

عبدالكريم الدوسري
بيشة، ١٤٤٦هـ



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

أذكر زيارتي الأولى لأحد المرضى في إحدى المحافظات. 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 حتمياً." 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 العضلات المرتبط بالعمر: ما هو وماذا يعني لنا؟

التعريف العلمي المبسط

مع التقدم في العمر، يبدأ الجسم بفقدان الكتلة العضلية والقوة بشكل تدريجي - وهي حالة يسميها العلماء "الساركوبينيا" (Sarcopenia). الأبحاث الحديثة توضح أن هذا التغير يبدأ عادةً بعد سن الخمسين، ويتسارع بشكل ملحوظ بعد السبعين. والأرقام قد تكون صادمة: الشخص قليل الحركة قد يفقد نصف قوته العضلية بحلول الثمانين مقارنةً بأيام شبابه [١][٢]. 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 يحدث هذا؟

من واقع متابعتي للمرضى، لاحظت أن العوامل الرئيسية تشمل: قلة الحركة إذ يعمل الجسم بمبدأ "استخدمه أو افقده" فكلما قلّت الحركة ضمرت العضلات، والتغيرات الهرمونية حيث تقل بعض الهرمونات المهمة لبناء العضلات مع العمر، وتراجع التغذية لأن كثيراً من كبار السن يأكلون أقل وخاصة البروتين، إضافةً إلى الأمراض المزمنة كالسكري وأمراض القلب والالتهابات المزمنة التي تؤثر جميعها على صحة العضلات [٣].

كيف يظهر هذا عملياً في المنزل؟

دعني أشارك معك السيناريوهات الأكثر شيوعاً التي أراها:

السيناريو الأول: القيام من الكرسي

أذكر أحد المرضى، رجل في السبعين. أول زيارة، قام بيد واحدة. بعد شهرين، صار يدفع يديه الاثنين. هذا تدهور واضح - بدأنا تمارين تقوية فوراً. وجهه يحمّر 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 بالتدريب، وكل محاولة للقيام من الكرسي هي تمرين صغير يحفظ استقلاليتك".

✓ 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 - ولم كانت فرحتهم (وفرحة عائلاتهم) كبيرة!



تيسّس المفاصل وقلة المرونة

ماذا يحدث للمفاصل مع التقدم بالعمر؟

مع السنوات، يقل إنتاج السائل الزليلي (Synovial Fluid) الذي يزيّس المفاصل، وتصبح الغضاريف أقل مرونة. النتيجة: حركة المفاصل تصبح أضيق نطاقاً وأكثر تيبساً، خاصة في الصباح أو بعد الجلوس الطويل [٤].

في زيارتي الصباحية، كثيراً ما أسمع: ” أول ما أقوم من النوم جسمي كله متخشب، لكن بعد ما أتحرك شوي 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 على الحركة اليومية

دخول الحمام:

عائلة اتصلت بي قلقة لأن والدهم رفض استخدام الحمام العربي (الأرضي) فجأة. عند الزيارة، اكتشفت أن ركبتيه لا تثني 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 الخذاء 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: تيبس في العمود الفقري العنقي. هذا طبيعي، لكن يجب الانتباه له خاصة عند القيادة أو المشي في أماكن مزدحمة.



بطء ردود الأفعال وأثره على التوازن

التغيرات 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، تتباطأ سرعة نقل الإشارات العصبية من الدماغ إلى العضلات، وتقل حساسية الأنظمة الحسية المسؤولة عن التوازن [٥]. النتيجة: كبير السن يحتاج وقتاً أطول لاكتشاف أنه بدأ يفقد توازنه، ووقتاً إضافياً لتحريك عضلاته لتصحيح الوضع.

الأنظمة الثلاثة المسؤولة عن التوازن

التوازن ليس شيئاً واحداً، بل نتيجة تعاون ثلاثة أنظمة [٦]:

١. النظام البصري (Vision):

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

٢. النظام الدهليزي (Vestibular System):

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

٣. الإحساس العميق (Proprioception):

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

متى 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 [٧].

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 المزمنة وتأثيرها على القدرة الحركية

الأمراض الأكثر تأثيراً على الحركة

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

١. داء السكري (Diabetes):

أذكر مريضاً في الستين من عمره، مصاب بالسكري منذ عشرين سنة. عندما فحصت قدميه، وجدته لا يشعر بلهسي لأصابع قدميه. هذا ما نسميه اعتلال الأعصاب الطرفية (Peripheral Neuropathy) - يفقد المريض إحساسه بالقدمين، مما يزيد خطر السقوط بشكل كبير [٨].

٢. خشونة المفاصل (Osteoarthritis):

الألم 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.

٣. 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 [٩]. أنصحهم: "قم ببطء، اجلس ثواني على طرف السرير قبل الوقوف."

٤. 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.

٥. السكتات 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 نفرق بين "قلة اللياقة" و"العجز الوظيفي"؟

قلة اللياقة	العجز الوظيفي
يستطيع القيام بالمهمة لكن بتعب أو بطء	لا يستطيع القيام بالمهمة حتى لو حاول
يتحسن مع التمارين المنتظمة خلال أسابيع	يحتاج تدخلاً طبياً أو علاجياً متخصصاً
مثال: يمشي ١٠ أمتار ثم يتعب	مثال: لا يستطيع الوقوف أصلاً دون مساعدة

ماذا تعني هذه التغيرات للأسرة عملياً؟

توقعات واقعية

بعد مئات الزيارات، أهم نصيحة أقولها للعائلات:

الوقت:

الحركة التي كانت تأخذ ٣٠ 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 الأسرة الداعم

١. التعديلات البيئية:

- رفع ارتفاع الكراسي والمرايحض (أحياناً ٥ سم فرق كبيراً)
- تثبيت مقابض في الحمام والممرات
- إزالة العوائق من طرق المشي
- إضاءة ليلية كافية

٢. 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)

٣. الصبر والطمأنينة:

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

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

أحياناً الكلمة الطبية 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 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 العلمية

Sarcopenia: Revised European .Cruz-Jentoft, A. J., et al [١] (٢٠١٩).
consensus on definition and diagnosis. Age and Ageing
ageing/afy١٦٩/١٠٠١٠٩٣/https://doi.org
٣١-١٦, (١) ٤٨

Skeletal muscle mass and distribution .Janssen, I., et al [٢] (٢٠٠٠).
yr. Journal of Applied Physiology ٨٨-١٨ men and women aged ٤٦٨ in
٨٨-٨١, (١) ٨٩

Health Outcomes of Sarcopenia: A .Beaudart, C., et al [٣] (٢٠١٧).
Systematic Review and Meta-Analysis. PLOS ONE
١٦٩٥٤٨, (١) ١٢, e٠١٦٩٥٤٨.
journal.pone/١٠٠١٣٧١/https://doi.org
١٦٩٥٤٨.

- Why is osteoarthritis .(٢٠١٠) .Shane Anderson, A., & Loeser, R. F [٤]
an age-related disease? Best Practice & Research Clinical Rheumatology
٢٠٠٩.٠٨.٠٠٦.j.berh/١٠.١٠.١٦/https://doi.org .٢٦-١٥ ,(١)٢٤
- Motor control and aging: .(٢٠١٠) .Seidler, R. D., et al [٥]
Links to age-related brain structural, functional, and biochemical
.٧٣٣-٧٢١ ,(٥)٣٤ ,effects. Neuroscience & Biobehavioral Reviews
٢٠٠٩.١٠.٠٠٥.j.neubiorev/١٠.١٠.١٦/https://doi.org
- Sensory integration for human .(٢٠١٨) .Peterka, R. J [٦]
.٤٢-٢٧ ,١٥٩ ,balance control. Handbook of Clinical Neurology
١-٥.٠٠٠.٠٢-٦٣٩١٦-٤٤٤--B٩٧٨/١٠.١٠.١٦/https://doi.org
- The physiology of falling: .(٢٠٠٥) .Lord, S. R., & Sturnieks, D. L [٧]
assessment and prevention strategies for older people. Journal of Science
.٤٢-٣٥ ,(١)٨ ,and Medicine in Sport
- Peripheral neuropathy: an often- .(٢٠٠٤) .Richardson, J. K., et al [٨]
,(٦)٩٩ ,overlooked cause of falls in the elderly. Postgraduate Medicine
.١٧٢-١٦١
- Orthostatic Hypotension: JACC State- .(٢٠١١) .Freeman, R., et al [٩]
,(١١)٧٢ ,of-the-Art Review. Journal of the American College of Cardiology
٢٠١٨.٠٥.٠٧٩.j.jacc/١٠.١٠.١٦/https://doi.org .١٣٠٩-١٢٩٤
- ملاحظة: جميع القصص الواردة في هذا الكتاب حقيقية، لكن تم تغيير الأسماء والتفاصيل
الشخصية للحفاظ على خصوصية المرضى.



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 اللي تلاحظون".



المقدمة

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 أهل منته لها. لو كانت الأسرة تعرف كيف تلاحظ، كانوا اكتشفوا المشكلة قبلي بأسابيع.

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



لماذا المراقبة المنزلية مهمة؟

الكشف المبكر ينقذ

من واقع سنوات

أقولها بكل ثقة: التغيرات التدريجية الصغيرة هي التي تفوتنا.

تخيل معي: والدك كان يقوم من الكرسي في ٥ ثوانٍ. بعد شهر صار يحتاج ٧ ثوانٍ. بعد شهرين

١٠ ثوانٍ. بعد ثلاثة شهور ١٥ ثانية ويحتاج يدعم يديه. التغيير يومياً صغير جداً، لكن الصورة الكاملة خطيرة.

الأسرة التي تعيش مع المريض يومياً قد لا تلاحظ هذا التدهور التدريجي [١]. لكن بالمراقبة المنهجية والتسجيل، تصير الصورة واضحة.

أمثلة شفتها 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 الدقيقة تساعد المختص

غالباً لما أزور مريض أول مرة، أسأل الأسرة: "كيف حاله في البيت؟" الإجابات اللي 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 يمك الكرسى بيديه الاثنين ليقوم، وقبل كان يقوم بيد واحدة" - هذه معلومة قيمة 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 [٣].



ملاحظة الجلوس والقيام من الكرسي

لماذا 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 [٤]. إذا ضعفت هذه المهارة، حياة كبيرك كلها تتأثر.

ما الذي أريدك تلاحظه؟

١. 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 [٥]

أذكر أحد المرضى، رجل في السبعين. أول زيارة، قام بيد واحدة. بعد شهرين، صار يدفع بيديه الاثنتين. هذا تدهور واضح - بدأنا تمارين تقوية فوراً.

٢. 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

٣. السرعة:

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

- القيام السريع السلس: قوة جيدة
- البطء الشديد (أكثر من ٥ ثوانٍ): ضعف أو ألم أو خوف

٤. التوازن:

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

كل هذي علامات ضعف توازن.

٥. تعبيرات الوجه:

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

اختبار بسيط تقدر تسويه في البيت

اختبار القيام خمس مرات متتالية:

دعني أشارك معك اختبار بسيط استخدمه مع جميع مرضاي:

١. اجلس كبيرك على كرسي عادي (الركبة بزاوية قائمة)
٢. اطلب منه يقوم ويجلس ٥ مرات متتالية، بأسرع ما يقدر (لكن بأمان!)
٣. احسب الوقت من بداية أول نهوض إلى آخر جلوس

النتائج [٦]:

- أقل من ١٢ ثانية: ماشاء الله، قوة ممتازة!
 - ١٢-١٥ ثانية: جيد، لكن نقدر نحسن.
 - أكثر من ١٥ ثانية: ضعف واضح - تحتاجون استشارة وتمارين تقوية.
- مهم: لا تسوي 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 بالتدرج، وكل محاولة للقيام من الكرسي هي تمرين صغير."

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

مراقبة نمط المشي

المشي الطبيعي: ماذا نتوقع؟

المشي الطبيعي له مواصفات معينة [٧]:

- طول الخطوة متساو بين القدمين
- المسافة بين القدمين (عرض القاعدة) ١٠-٥ 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 المشي التي تحتاج انتباه

١. مشية القدم المسحوبة (Shuffling):

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

زرت مريضاً في إحدى المدن، الأهل يقولون "عادي يمشي". لما طلبت منه يمشي قدامي ٥ 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 [٨]. لو ما انتبهنا للمشية، كان التشخيص تأخر أكثر.

ما تسوي الأسرة: - تأكد الحذاء خفيف ومريح - راقب علامات ثانية (رعشة، بطء) - استشر الطبيب

٢. 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 [٩]. كبير السن خائف يقع، فيمشي بحذر مبالغ فيه.

أذكر رجلاً في السبعين، كان يمشي عادي. بعد ما تعثر مرة (ما سقط حتى!)، صار يمشي بهذا الأسلوب - خطوات صغيرة، قدمين متباعدتين، نظره للأرض. الخوف غير مشيته تماماً. ما تسوي الأسرة: - طمأنة وتشجيع - إزالة كل العوائق - إضاءة ممتازة - استشارة مختص لتمارين التوازن

٣. مشية غير متماثلة (Asymmetric):

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

كثير من مرضى ما بعد الجلطة الدماغية يمشون كذا. جانب أقوى من الثاني [١٠]. لكن أحياناً السبب بسيط: ألم في ركبة أو ورك. سألت مريض: "ليش تعرج؟"، قال: "ركبتي اليمين توجعني". - علاجنا الألم، تحسنت المشية.

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

٤. 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 [١١].

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 ضعف التوازن

لماذا التوازن حياة أو موت؟

بكل صراحة: ضعف التوازن = خطر سقوط. والسقوط عند كبار السن قد يعني كسور، عجز، أو أسوأ.
من واقع شغلي، السقطة الواحدة قد تغير حياة كبير السن كاملة. شفت مرضى بعد كسر الورك ما رجعوا يمشون زي أول [١٢].
لذلك، اكتشاف ضعف التوازن مبكراً قد ينقذ حياة.

العلامات اللي تشوفها بعينك

١. 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 ١٠٠%
- كبير السن اللي توازنه جيد ما يحتاج يمسك شيء

قصة:

مريض في الستينات، الأسرة ما انتهت لشي. لما زرتة، لاحظت إنه يمسك كل شيء - طرف الكنب، الطاولة، الجدار. سألتهم: "هو دائماً كذا؟"، قالوا: "أيه، عادي!"

هذا مش عادي! هذا علامة ضعف توازن واضحة.

٢. توسيع قاعدة المشي:

لما تشوف كبيرك واقف أو ماشي، لاحظ المسافة بين قدميه: - إذا واسعة جداً (أكثر من ١٥-٢٠ سم)، جسمه يحاول يزيد الثبات تلقائياً - هذي آلية تعويضية

٣. النظر للأسفل باستمرار:

عيني على قدمي طول الوقت = ما يثق بتوازنه

المفروض يمشي وهو ناظر قدامه، مش طالع في الأرض!

٤. 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 بسيطة (بمجرد!)

مهم جداً: سوّ هذي الاختبارات فقط بوجود شخص جنب كبيرك يحميه لو فقد توازنه!

اختبار ١: الوقوف بقدمين متلاصقتين

— اطلب منه يقف بقدمين متلاصقتين تماماً

— بدون ما يمسك أي شي

— لمدة ٣٠ ثانية

النتيجة [١٣]:

— وقف بثبات — توازن جيد

— تمايل كثير أو فتح قدميه — ضعف خفيف

— ما قدر يقف أصلاً — ضعف واضح

اختبار ٢: الوقوف على قدم واحدة

هذا اختبار أسويه دائماً:

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

النتائج [١٤]:

- ١٠ ثوانٍ أو أكثر: ممتاز!
 - ٥-١٠ ثوانٍ: متوسط.
 - أقل من ٥ ثوانٍ: خطر سقوط مرتفع — محتاج تدخل.
- لا تسوي هذا الاختبار إذا: - كبيرك عنده دوار شديد - سقط مؤخراً - عنده ألم حاد - يستخدم مشاية أو كرسي متحرك



استخدام اليدين كعلامة ضعف

ليش ننتبه لهذا؟

- غالباً الأسر تقول: "أبوي كسلان، ينبغي يدعم على يديه علشان يقوم!"
- لا يا عزيزي، هذا مش كسل - هذا ضعف عضلي حقيقي [١٥].
- استخدام اليدين للنهوض آلية تعويضية طبيعية لما عضلات الفخذين والمقعدة تضعف. جسمه يستخدم قوة الذراعين لتعويض النقص.

وين تلاحظ استخدام اليدين؟

١. النهوض من الكرسي: - يدفع بقوة على المساند بكلتا يديه - أحياناً يدفع على ركبتيه أول، ثم على الكرسي
٢. النهوض من السرير: - يتقلب على جنبه - يدفع بيديه على المرتبة - يجلس على طرف السرير قبل ما يقوم
٣. صعود الدرج: - يتمسك بالدرابزين بإحكام بكلتا يديه - يسحب نفسه بقوة - يصعد درجة درجة (قدم بعد قدم)
٤. النهوض من المرحاض: - يحتاج مقابض - يدفع بقوة كبيرة

وش يعني هذا؟

السلوك	المعنى	وش تسوي؟
استخدام خفيف (للتوازن بس)	ضعف خفيف	تمارين وقائية خفيفة تقييم + تمارين مستهدفة
دفع قوي بكلتا اليدين	ضعف واضح	[١٦]
ما يقدر ينهض حتى بيديه	ضعف شديد	تدخل عاجل + أدوات مساعدة



سلوكيات تدل على الخوف من السقوط

الخوف أخطر من السقوط نفسه!

خلي أشارك معك حقيقة تعلتها من الميدان:

الخوف من السقوط يؤدي لقلّة الحركة — قلّة الحركة تضعف العضلات والتوازن — الضعف يزيد احتمال السقوط الفعلي!
دائرة مفرغة خطيرة [١٧].

السلوكيات اللي تكشف الخوف

١. تجنب الأنشطة:

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

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

٢. طلب المساعدة المفرط:

- يطلب مساعدة حتى في أشياء يقدر يسويها
- يتصل بأهله لأبسط الأمور
- يرفض يتحرك بدون مرافق

٣. التمسك الدائم:

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

٤. البطء المبالغ:

- حركة بطيئة جداً حتى في بيئة آمنة ١٠٠%
- يحتاج وقت طويل لأبسط حركة
- تردد واضح قبل كل خطوة

كيف تتعامل مع الخوف؟

من تجربتي:

١. التفهم والطمأنينة:

لا تستهزئ! لا تقول ”ما في شي، توكل على الله وامش!“
قل: ”أفهم قلقك، وهذا طبيعي. لكن نقدر نشتغل عليه سوا.“

٢. تحسين البيئة:

- أزل كل المخاطر
- إضاءة ممتازة
- مقابض في الأماكن المهمة

لما يشوف كبيرك إن البيت آمن، خوفه يقل.

٣. التدرج:

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

٤. الاستشارة:

بعض الحالات تحتاج تدخل نفسي [١٨] أو برنامج علاج طبيعي متخصص.



أهمية التسجيل والمتابعة

ليش أصر على التسجيل؟

أقولها في كل زيارة: "سجلوا اللي تشوفونه!"

السبب بسيط:

١. الذاكرة تخون: - "متى آخر مرة سقط؟" - "ما أذكر بالضبط، قبل أسبوع ولا عشرة أيام؟" - لو كان مسجل: "يوم الثلاثاء ٢٨/١١ الساعة ٣ العصر في الحمام"
٢. التغيرات التدريجية: - يوماً التغير صغير وما يبين - لما تقارن الأسبوع الماضي بهذا الأسبوع، الفرق واضح
٣. تقييم التحسن: - هل التمارين نفعت؟ - هل صار يحتاج مساعدة أقل أو أكثر؟

وش نسجل؟

دفتر بسيط فيه:

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

نموذج جدول بسيط

التاريخ	النشاط	الملاحظة	مستوى المساعدة
١/١٢	القيام	استخدم يديه	بدون مساعدة
١/١٢	المشي للحمام	مسك الجدار	بدون مساعدة
٢/١٢	صعود السرير	احتاج يدي	مساعدة خفيفة
٣/١٢	تعثر	بسجادة، ما سقط	-

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 الفصل

مراقبة الحالة الوظيفية في البيت مهارة ثمينة تتقد 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 كمرافق.



المراجع العلمية

A short physical performance battery . (١٩٩٤) .Guralnik, J. M., et al [١]
-M٨٥ , (٢) ٤٩ , assessing lower extremity function. Journal of Gerontology
.M٩٤

Risk factors for functional status decline . (١٩٩٣) .Stuck, A. E., et al [٢]
, (٤) ٣٧ , in community-living elderly people. Social Science & Medicine
.٤٦٤-٤٤٥

Effects of functional status changes . (٢٠٠٦) .Fortinsky, R. H., et al [٣]
, before and during hospitalization. The Journals of Gerontology Series A
.٨٧-٨٣ , (١) ٦١

Reference values for the five-repetition . (٢٠٠٦) .Bohannon, R. W [٤]
.٢٢٢-٢١٥ , (١) ١٠٣ , sit-to-stand test. Perceptual and Motor Skills

Sit-to-stand performance depends . (٢٠٠٢) .Lord, S. R., et al [٥]
on sensation, speed, balance, and psychological status. The Journals of
.M٥٤٣-M٥٣٩ , (٨) ٥٧ , Gerontology Series A

Five-repetition sit-to-stand . (٢٠١٠) .Bohannon, R. W., et al [٦]
test performance by community-dwelling adults. Isokinetics and Exercise
.١٤٧-١٤١ , (٣) ١٨ , Science

Normal walking . (٢٠١١) .Bohannon, R. W., & Williams Andrews, A [٧]
.١٨٩-١٨٢ , (٣) ٩٧ , speed: a descriptive meta-analysis. Physiotherapy

Gait disorders and gait rehabilitation .(٢٠٠١) .Morris, M. E., et al [٨]
٣٦١-٣٤٧ ,٨٧ ,in Parkinson's disease. Advances in Neurology

Gait dysfunction in mild cognitive .(٢٠١٠) .Verghese, J., et al [٩]
, (٧) ٥٨ ,impairment syndromes. Journal of the American Geriatrics Society
١٢٦٩-١٢٦٣ .

Gait asymmetry in community- .(٢٠٠٨) .Patterson, K. K., et al [١٠]
ambulating stroke survivors. Archives of Physical Medicine and
٣١٠-٣٠٤ , (٢) ٨٩ ,Rehabilitation

Foot drop: where, why and what to do? .(٢٠٠٨) .Stewart, J. D [١١]
١٦٩-١٥٨ , (٣) ٨ ,Practical Neurology

Motor control: .(٢٠١٦) .Shumway-Cook, A., & Woollacott, M. H [١٢]
.translating research into clinical practice. Lippincott Williams & Wilkins

Romberg's test. Journal of .(٢٠٠٣) .Khasnis, A., & Gokula, R. M [١٣]
١٦٩ , (٢) ٤٩ ,Postgraduate Medicine

One-leg balance is an important .(١٩٩٧) .Vellas, B. J., et al [١٤]
, predictor of injurious falls. Journal of the American Geriatrics Society
٧٣٨-٧٣٥ , (٦) ٤٥ .

Chair and bed rise performance .(٢٠٠٠) .Alexander, N. B., et al [١٥]
in ADL-impaired congregate housing residents. Journal of the American
٥٣٣-٥٢٦ , (٥) ٤٨ ,Geriatrics Society

The role of strength in rising from .(١٩٩٦) .Hughes, M. A., et al [١٦]
١٥١٣-١٥٠٩ , (١٢) ٢٩ ,a chair. Journal of Biomechanics

Falls and fear of falling: which .(٢٠٠٢) .Friedman, S. M., et al [١٧]
-١٣٢٩ , (٨) ٥٠ ,comes first? Journal of the American Geriatrics Society
١٣٣٥ .

The falls efficacy scale international .(٢٠١٠) .Delbaere, K., et al [١٨]
٢١٦-٢١٠ , (٢) ٣٩ , (FES-I). Age and Ageing

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



النقل الآمن وحماية ظهر المرافق

”أحم ظهرك أولاً؛ إذا تأذيت ما حد بيقدر يخدم الوالد”
— من قاعدتي الذهبية بعد سنوات في العمل الميداني



مشهد من الميدان

مرة كنت في زيارة لرجل مسن في إحدى القرى. 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 يخني 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، وخليناه يميل للأمام شوي 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 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 ٧٢% من مقدمي الرعاية الأسرية يعانون من مشاكل عضلية، وأغلبها آلام أسفل الظهر [٤]. لكن الخبر الجيد: الدراسات تثبت أن تطبيق تقنيات بسيطة صحيحة يخفض هذه الإصابات بنسبة تصل إلى ٥٠% أو أكثر [١].

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



القسم الأول: القاعدة الذهبية - احمِ ظهرك أولاً

لماذا تُصاب ظهور المرافقين؟

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

الظهر البشري مصمم لحمل الأوزان بشكل عمودي، مو للانحناء الأمامي مع حمل ثقيل بعيد عن الجسم. لما نتخني من خصر كرفع كبير السن، الضغط على فقراتك القطنية يزيد بشكل رهيب [٣]. 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 [٣]

المبادئ الثلاثة اللي ما تفارقني

١. اثنِ ركبتيك، مو ظهرك

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

الأبحاث البيوميكانيكية تثبت إن هذه الطريقة تخفض الضغط على الديسك بشكل ملحوظ [٣]. وأنا شايفها بعيني: الابن اللي يطبقها يقدر يساعد والده بدون ما يشتكي من ظهره.

٢. أبقِ 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 [٣].

٣. 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 [٣].

متى تطلب مساعدة؟

الخبراء يقولون: لو احتجت ترفع أكثر من ١٥ كغ من وزن المريض، هذا فوق طاقة شخص واحد بأمان [٢]. في هذي الحالات:

- نادِ 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 يخدم والدك؟



القسم الثاني: تقليب المريض في السرير

ليش التقلب مهم؟

بكار السن اللي ما يقدرن يتحركون بالسرير، يحتاجون تقلب كل ٢-٣ ساعات عشان نمنع:
- قرح الفراش (تقرحات الضغط) - تيبس المفاصل - مشاكل تنفسية

الطريقة الصحيحة

خطوة بخطوة:

١. التحضير:

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

٢. وضع اليدين:

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

٣. الحركة:

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

٤. التثبيت:

- حط وسادة وراء ظهره يرتكز 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 الثالث: من الاستلقاء للجلوس - لا تستعجل

قصة أبو سعد

أصعب جزء في النقل لما يكون المرافق مستعجل. مرة كنت عند أحد المرضى، ولده استعجل يوقفه من السرير قبل ما يثبت رجوله. اختل توازن الاثنين وكادوا يسقطون. وقفهم، ربت المكان، وشرحت لهم: النقل الآمن يحتاج صبر ووقت.

خطر الدوار

كثير من كبار السن عندهم هبوط ضغط لما يغيرون الوضعية فجأة [٨]. هذا يسبب:

- دوخة شديدة
- غباش في النظر
- إغماء أحياناً

التقنية التدريجية

١. من الاستلقاء للجانب: - خله يستلقي على جنبه أول (كما في التقلب)
٢. من الجانب للجلوس: - ساعده ينزل رجوله من طرف السرير - وفي نفس الوقت، ارفع كتفيه للأعلى للجلوس
٣. وضعية التدي (Dangling): - هذي أهم خطوة: خله يجلس على طرف السرير ورجوله متدليات لمدة ١-٣ دقائق - راقبه: شاحب؟ عنده دوخة؟ - أسأله: "كيف تحس؟ فيه دوار؟" في هذي الفترة، جسمه يتعود على الوضع الجديد والضغط يرجع طبيعي [٨].
٤. الاستعداد للوقوف: - فقط بعد ما يأكّد لك إنه مرتاح، ساعده يقوم تنبيه مهم: لو حس بدوار شديد أو شحوب، رجعه فوراً للاستلقاء. لا تجربره يقوم. واستشر الطبيب.



القسم الرابع: القيام من الكرسي - خمس خطوات ذهبية

التقنية الصحيحة

- الخطوة ١: وضع القدمين - القدمين متباعدات بعرض الكتفين - تحت الركبتين مباشرة - وحدة متقدمة شوي للخلف نحو الكرسي
- الخطوة ٢: استخدام اليدين - شجعه يدفع نفسه بيديه على مساند الكرسي - لا يسحبك؛ بل يدفع نفسه
- الخطوة ٣: الميل للأمام (قاعدة "الأنف فوق أصابع القدم") - قبل ما يقوم، خله يميل بجذعه للأمام - هذا ينقل مركز ثقله فوق رجوله ويسهل الحركة
- الخطوة ٤: العد معاه - "واحد، اثنين، ثلاثة، قُم" - أو هزوا شوي للأمام والخلف قبل الدفعة النهائية
- الخطوة ٥: 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 الخامس: النقل بين السرير والكرسي (Pivot Transfer)

الإعداد - نصف النجاح

قبل أي نقل، رتب المكان:

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

٢. تأمين الكرسي: - اقفل عجلات الكرسي (خطأ شائع ننساه!) - ارفع مساند القدمين

٣. تحضير المريض: - خله يلبس حذاء مطايطي - ساعده يجلس على طرف السرير

خطوات النقل

١. الوقوف: - اتبع الخطوات الخمس اللي فوق

٢. وضعيتك: - وقف قدامه، رجلك تحيط برجوله - ثبت ركبتيه بركبتيك

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

٤. 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 السادس: الحمام - المنطقة الأخطر

الواقع من الميدان

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

ليش الحمام خطير؟

الدراسات تقول إن الحمامات من أكثر الأماكن التي يسقط فيها كبار السن [٧]:

- أرضيات زلقة
- مساحة ضيقة
- مرحاض منخفض يصعب القيام منه

التعديلات الضرورية

١. كرسي حمام مرتفع: - يرفع المرحاض ١٠-١٥ سم - يسهل الجلوس والقيام - يخفف الضغط على الركبتين والفخذين [٦]
٢. مقابض إمساك: - بجوار المرحاض (عمودي على الحائط) - في حوض الاستحمام - تقلل السقوط بشكل ملحوظ [٥]
٣. بسط مطاطية: - على أرضية الحمام - داخل حوض الاستحمام - تمنع الانزلاق
٤. إضاءة قوية: - مصباح ساطع في الحمام - مصباح استشعار ليلي يشتغل تلقائياً

خطوات 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 السابع: ظهرك - استثمار طويل المدى

أنت جزء من الخطوة

صحتك مورفاهية، بل ضرورة. ٥٤% من المرافقين الأسريين عندهم آلام ظهر مزمنة [٤].
لتجنب هذا:

١. قويا عضلاتك: - مارس تمارين بسيطة للبطن والظهر والفخذين - حتى ١٠ دقائق يومياً
تفرق

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

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

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

تذكر: لو أصبت، مين يساعد والدك؟ حماية ظهرك مسؤولية، مو أنانية.



الخلاصة: سبع قواعد ذهبية

١. اثنِ ركبتك، مو ظهرك
٢. أبقِ المريض قريب من جسمك
٣. لا تلف ظهرك أثناء الحمل
٤. التدرج والصبر - لا تستعجل
٥. رتب المكان قبل النقل
٦. استخدم الأدوات المساعدة
٧. اعرف حدودك واطلب المساعدة

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

صندوق نصائح سريعة

من الميدان للبيت

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

أسئلة تكرر من الأسر

ماذا لو كان والدي ثقیل 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.

والدي ترفض أن ينقلها الرجال من الأسرة، ماذا أفعل؟ احترام الخصوصية أمر أساسي. حاول ترتيب أن تساعد امرأة من الأسرة، أو فكر في الاستعانة بمرضة منزلية في الأوقات التي تحتاج فيها مساعدة خاصة.

المراجع العلمية

- [١] Teeple, E., Collins, J. E., Shrestha, S., et al (٢٠١٧). *برامج المناولة الآمنة للمرضى*. Work, ٥٨ (٢), ١٧٣-١٨٤. <https://doi.org/10.3233/WOR-172608>
- [٢] Waters T.R., ٢٠٠٧. متى يكون الرفع اليدوي آمناً؟ Am J Nursing, ١٠٧ (٨): ٥٣-٥٨.
- [٣] Marras W.S. et al, ١٩٩٩. تحليل شامل لمخاطر أسفل الظهر. Ergonomics, ٤٢ (٧): ٩٠٤-٩٢٦.
- [٤] Haddada I. et al, ٢٠٢٥. الاضطرابات العضلية لدى المرافقين. BMJ Open, ١٥ (١٠): e١٠١٥٠٩.
- [٥] Blanchet R. & Edwards N, ٢٠١٨. تقييم المخاطر البيئية للسقوط. BMC Geriatrics, ١٨: ٢٧٢.
- [٦] Capezuti E. et al, ٢٠٠٨. ارتفاع السرير والمرحاض كعوامل خطر. Clinical Nursing Research, ١٧ (١): ٥٠-٦٦.
- [٧] Moreland B.L. et al, ٢٠٢٠. مواقع سقوط كبار السن في الطوارئ. Am J Lifestyle Med, ١٥ (٦): ٥٩٠-٥٩٧.
- [٨] Dingle M, ٢٠٠٣. دور وضعية التديلي عند الانتقال للوقوف. Br J Nursing, ١٢ (٦): ٣٤٦-٣٥٠.
- [٩] Gillespie L.D. et al, ٢٠١٢. تدخلات الوقاية من السقوط. Cochrane Database Syst Rev, (٩): CD٠٠٧١٤٦.



التوازن وخطر السقوط عند كبار السن

لماذا هذا الفصل مختلف بالنسبة لي؟

هذا الفصل ليس مجرد معلومات مهنية عن التوازن والسقوط؛ بالنسبة لي هو ملف شخصي جداً.

سقوط واحد غير 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، وتبين أنه يحتاج عملية تثبيت لعنق عظمة الفخذ بمسمار ديناميكي. ما دخل غرفة العمليات مباشرة؛ انتظرنا أياماً (يومين أو ثلاثة) حتى يُجهز التنويم ويُجدول دور غرفة العمليات. خلال هذه الفترة كان الألم لا يُحتمل تقريباً، حتى مع حقن المسكات القوية. كان لا يستطيع القيام للحمام، والاحتياج المستمر للمساعدة في أبسط الأشياء كان يجرح قلبه قبلي. كنت أسمع أنين ألمه في الليل، وأشعر وكأن 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 سيتحمل البنج؟
- هل ستنجح العملية بدون مضاعفات؟
- هل سيرجع يمشي مثل قبل؟
- ماذا لو حصلت جلطة؟ ماذا لو لم يعد مثل ما كان؟

تمت 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 تعرض أيضاً لكسر في الفخذ، ولكبر سنه تعذر حتى تثبيت الكسر جراحياً، وبعدها أصبح طريح فراش معظم الوقت. حصل عنده ضعف شديد وقصور في عضلات الفخذ الخلفية (لأنه كان لا يمدّ رجله، والوضعية المريحة له تكون ركبتة 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 بقلّة 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 تُغيّر 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 ”مهيأً“ 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 منطقتنا وخارجها فيه كبير سن يمشي على سيراميك ناعم، أو يدخل حمام بدون مقابض، أو يتحرك في ممر مظلم.



١. لماذا السقوط عند كبار السن خطير لهذه الدرجة؟

١.١ حجم المشكلة عالمياً ومحلياً

- عالمياً: تقريباً ثلث كبار السن فوق ٦٥ سنة يتعرضون لسقوط واحد على الأقل في السنة، والنسبة ترتفع إلى ٥٠% لمن تجاوزوا الـ ٨٠ سنة. كثير من هذه السقطات ينتج عنها إصابات تحتاج دخول مستشفى أو إعادة تأهيل طويلة [١][٩].
- في السعودية: دراسات في المدن الكبرى ومناطق أخرى أظهرت أن نسبة السقوط قد تصل إلى ٤٠-٥٠% بين كبار السن، وغالباً يكون السقوط داخل البيت نفسه، وليس خارجه [٢][٣].

١.٢ 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 [٤][١٠].

١.٣ 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 [١٣][١٤][١٥].
- الهدف من هذا الفصل:

- نفهم لماذا يسقط كبار السن

- تتعلم كيف نقيم الخطر في البيت
- نطبق خطوات عملية تقلل من احتمال أن نعيش تجربة سقوط مؤلمة مثل اللي عشتها مع والدي



٢. كيف يعمل التوازن في جسم الإنسان؟

التوازن عند الإنسان ليس ”حاسة واحدة“، بل نتيجة تعاون ثلاث أنظمة رئيسية [٥][٦][٧]:

٢.١ 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 [٦].

٢.٢ الأذن الداخلية (النظام الدهليزي)

— جزء حساس موجود في الأذن الداخلية يرسل للدماغ معلومات عن حركة الرأس واتجاه الجاذبية [٥].

- مع العمر وبعض الأمراض، ممكن يحصل:
· دوار
- إحساس "لّفة" أو عدم ثبات
- هذه المشاكل تزيد خطر السقوط خاصة عند الوقوف المفاجئ أو الالتفات السريع.

٢.٣ 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)

٢.٤ 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 [٧][٨].



٣. لماذا يسقط كبار السن؟ (عوامل الخطر)

٣.١ عوامل داخلية (من الشخص نفسه)

١. ضعف العضلات وقلة الحركة

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

— قلة النشاط اليومي تضعفها، فيصبح أي دفع بسيط أو تعثر سبباً للسقوط [٨][١٥].

٢. اضطراب المشي والتوازن

— مشية بطيئة جداً

— جر القدمين بدل رفعهما (Shuffling gait)

— فرق واضح بين قوة الجانبين (مثلاً بعد جلطة دماغية) [٨][٩][١١].

٣. 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 [٩][١٠]

٤. 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 [١٠][١١]

— المهم: لا توقف ولا تعدّل أي دواء بدون طبيب.

٥. 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 [٤][١٠].

٣.٢ عوامل بيئية (من البيت نفسه)

الدراسات السعودية توضح أن أغلب السقطات تحصل داخل البيت [٢][٣]:

١. الحمام

— أرضية مبلولة وزلقة

— عدم وجود مقابض في الجدران

— مرحاض منخفض يصعب الوقوف منه

٢. الممرات والصالة

- سجاد صغير غير مثبت
- أسلاك كهرباء على الأرض
- طاولات صغيرة بوسط المسار
- ألعاب أطفال أو عوائق متفرقة

٣. الإضاءة

- ممرات مظلمة
- عدم وجود إضاءة ليلية
- الانتقال من غرفة مضيئة إلى ممر مظلم

٤. الدرج والعتبات

- درج بدون درابزين جيد
- عتبة عالية عند باب الحمام أو البلكونة

٥. الأحذية والملابس

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

٤. كيف نقيم خطر السقوط في البيت؟

تنبيه مهم:

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

٤.١ اختبار الوقوف بقدمين متلاصقتين

الطريقة:

١. خلي كبير السن يقف:

— القدمين متقاربتين قدر الإمكان.

— العينان مفتوحتان.

— قريب من طاولة أو كرسي يمسكه لو احتاج.

٢. حاول يخلي وضعيته ثابتة لمدة ٣٠ ثانية.

كيف نقرأ النتيجة؟ [١١]

— لو قدر يثبت ٣٠ ثانية بدون تمسك واضح → توازن جيد.

— لو تمايل أو فتح رجوله بعد أقل من ٣٠ 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.

٤.٢ اختبار الوقوف على قدم واحدة

الطريقة:

١. خله يقف بالقرب من طاولة ثابتة أو سطح يمسكه.
 ٢. يرفع قدم واحدة قليلاً عن الأرض.
 ٣. نحسب كم ثانية يقدر يثبت بدون ما يرجع القدم للأرض.
- كيف نقرأ النتيجة؟ [١١]
- أكثر من ١٠ ثوانٍ → ممتاز.
 - بين ٥-١٠ ثوانٍ → مقبول لكن التوازن قابل للتحسين.
 - أقل من ٥ ثوانٍ أو ما قدر يرفع رجله → خطر سقوط مرتفع.

! توقف فوراً إذا:

- بدأت رجله تهتز بقوة وشفته على وشك السقوط.
- حس بألم حاد في مفصل الورك أو الركبة أو الكاحل.
- ظهرت عليه علامات دوار أو تعرق مفاجئ.

٤.٣ اختبار ”القيام والمشي والعودة“ (Timed Up & Go – TUG)

الطريقة: [١٢][١٣]

١. يجلس كبير السن على كرسي عادي (ارتفاع متوسط، له مساند للذراعين إن أمكن).
٢. نخط علامة على الأرض على بعد ٣ أمتار.
٣. نعطيهِ التعليمات:
— ”لما أقول (ابدأ)، تقوم من الكرسي، تمشي لين العلامة، تلف، ترجع، وتجلس مرة ثانية.“

٤. نبدأ توقيت من لحظة ما يبدأ يقوم، إلى أن يجلس مرة أخرى.

كيف نقرأ النتيجة؟

- أقل من ١٠ ثوانٍ → طبيعي (ل كبار السن النشيطين).
- بين ١٠-١٤ ثانية → مقبول، لكن ننتبه لعوامل خطر أخرى.
- أكثر من ١٤ 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.

٤.٤ قائمة تدقيق سريعة للبيت

تقدر تطيعها وتحط 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 الطاولات الصغيرة والأشياء المتناثرة بعيدة عن مسار المشي؟

كل "×" في هذه القائمة هو فرصة لتعديل بسيط قد ينقذنا من كسور خطيرة.



٥. كيف نمنع السقوط؟ خطوات عملية للأسرة

٥.١ تعديل البيئة أولاً (أسهل وأرخص خطوة)

في الحمام:

- تركيب مقابض إمساك بجوار المراض وداخل الدش [١٣].
 - استخدام كرسي حمام مرتفع (أو قاعدة ترفع ارتفاع المراض ١٠-١٥ 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 يجرّ على الأرض.

٥.٢ تمارين بسيطة لتحسين التوازن والقوة

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

- خمس 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 [١٤][١٥].
- لكن:
- لا تبدأ برنامج تمارين مكثف بدون استشارة الطبيب، خاصة لو فيه أمراض قلب أو ضغط أو دوخة متكررة.

٥.٣ مراجعة الأدوية والنظر والسمع

- مراجعة الأدوية مع الطبيب كل ٣-٦ أشهر:
 - التركيز على الأدوية المسببة للدوخة أو النعاس.
 - إعادة تقييم الجرعات والتوقيت إذا أمكن [١٠][١١].
- فحص النظر والسمع سنوياً:
 - تحديث النظارة عند الحاجة.
 - علاج مشاكل مثل الماء الأبيض أو الجلوكوما.
 - تقييم الأذن الداخلية إذا فيه دوار متكرر [٦][٩].

٥.٤ 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.



٦. ماذا نفعل بعد السقوط؟

٦.١ اللحظات الأولى

لو سقط كبيرك:

١. ابقَ هادئاً وطمئنه:

— "أنا معك، لا تتحرك للحين، بس بنشوف كيف وضعك."

٢. اسأله بهدوء:

— "تحس بألم وين بالضبط؟"

— "تقدر تحرك رجلك؟ يديك؟"

٣. لا تحاول تشيله بسرعة قبل ما تتأكد أنه ما فيه كسر أو إصابة خطيرة.

٦.٢ متى نتصل بالإسعاف فوراً؟

اتصل على ٩٩٧ أو ٩٩٩ 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.

٦.٣ 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.

٦.٤ أهم نقطة بعد أول سقطة

أي سقطة تعتبر جرس إنذار. لو تجاهلناه، احتمال تكرر السقوطات بنسبة أعلى بكثير [٤][٩][١٣].

بعد أول سقطة:

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

٢. نعدّل البيئة فوراً بناءً على السبب.

٣. نطلب تقييم من طيبب الأسرة وأخصائي علاج طبيعي.

٤. ندعم كبير السن نفسياً:

- لا نلومه، ولا نقول "ليش ما انتبهت؟"
- نركز على الحلول: "وش نعدل؟ وش نضبط في البيت؟"



عندما 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 نستعزئ 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.

٧. خلاصة الفصل: كيف نحمي 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:

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

٢. التوازن يعتمد على:

— العيون

— الأذن الداخلية

— الإحساس العميق

— ومع العمر والأمراض والأدوية تتأثر هذه الأنظمة [٥][٦][٧][٨].

٣. العوامل الداخلية (ضعف عضلات، أمراض مزمنة، أدوية متعددة، خوف من السقوط) يمكن التعامل معها بالتعاون مع الطبيب وأخصائي العلاج الطبيعي [٤][٨][٩][١٠][١١].

٤. العوامل البيئية (حمام، ممرات، سجاد، إضاءة، أحذية) كثير منها يمكن تعديله خلال أيام قليلة، بتكاليف بسيطة، لكن أثرها كبير [٢][٣][١٣][١٤].

٥. تقييم التوازن لا يحتاج أجهزة معقدة؛ اختبارات بسيطة (قدمين متلاصقتين، قدم واحدة، TUG) تعطي فكرة جيدة عن مستوى الخطر - بشرط الالتزام بتحذيرات السلامة [١١][١٢][١٣].

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

— نبحث عن السبب

— نغير البيئة

— نراجع الأدوية

— ونبنى خطة للوقاية من التكرار

في الفصول القادمة، راح ندخل في التفاصيل العملية أكثر:

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

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



المراجع العلمية

[١] Falls: Key facts. WHO Fact .(٢٠٢١). World Health Organization [١]
Sheets.

[٢] Period prevalence, risk factors and .(٢٠١٨). Almegbel F.Y., et al [٢]
consequent injuries of falls among the Saudi elderly living in Riyadh, Saudi
Arabia: A cross-sectional study. *BMJ Open* .٢٠١٩٠٦٣ , (١)٨ .

[٣] Falls among elderly and its relation .(٢٠١٨). Alshammari S.A., et al [٣]
with their health problems and surrounding environmental factors in
Riyadh. *Journal of Family and Community Medicine* , (١)٢٥ , ٢٩-٣٤ .

[٤] Falls and fear of falling: Which .(٢٠٠٢). Friedman S.M., et al [٤]
comes first? A longitudinal prediction model suggests strategies for primary

, (8) 55, and secondary prevention. *Journal of the American Geriatrics Society* .1335-1329

Sensory integration for human balance control. (2018). Peterka R.J [5]
.42-27, 109, *Handbook of Clinical Neurology*

Visual risk factors for falls in older people. *Age* .(2006). Lord S.R [6]
.ii 5-ii 2, (2-suppl) 30, and *Ageing*

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

World guidelines for falls (2022). Montero-Odasso M., et al [8]
prevention and management for older adults: A global initiative. *Age and*
.afac 200, (9) 51, *Ageing*

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

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

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

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

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

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



المشي والأجهزة المساعدة (العصا، المشاية، الكرسي المتحرك)

لماذا هذا الفصل مهم للأسرة؟

- في زيارات الرعاية المنزلية، أرى مشهداً يتكرر كثيراً:
- كبير سن يمشي بعصا 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 [١][٦][٩].



١. 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 [٢][٤][٩]:

١.١ 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 [١][٢][١٠].

١.٢ 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 [٨]. في هذه الحالات، قد يجتمع:
- ضعف عضلي + توازن غير مستقر + بيئة منزلية فيها مخاطر = خطر سقوط مرتفع [٢][٤][٨].

١.٣ 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 [٧].
 - بعد جلطة دماغية سببت ضعفاً في جهة واحدة من الجسم [٤][١١].
 - 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 [١][٧][١١].



٢. 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 نرتب 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 [٩][١٣].

— يفهمون كيف سيحميهم من السقوط.

— لا يشعرون أنه “سجن” يمنعهم من الحركة، بل أداة تشجعهم على الخروج من الغرفة والصالة [١][٩][١٣].

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.



٣. أنواع الأجهزة المساعدة للمشي (نظرة شاملة)

سنتناول في هذا الفصل أكثر الأجهزة شيوعاً في بيوتنا:

١. العصا (Cane) بأنواعها.
٢. المشاية (Walker) بأنواعها.
٣. الكرسي المتحرك (Wheelchair).

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



٤. العصا (Cane)

٤.١ 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 [١][٤][٩][١٢].
- لا تناسب العصا وحدها:
 - شخص يتأيل يميناً ويساراً بشكل واضح.
 - من لا يستطيع رفع قدميه جيداً.
 - من يحتاج يدين الاثنين ليتوازن. هؤلاء غالباً يحتاجون مشاية، لا عصا [٦][٩][١٢].

٤.٢ 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 تتعثر في السجاد أو العتبات إن لم تُستخدم صح [١][٩][١٢].

٤.٣ كيف نضبط ارتفاع العصا بطريقة صحيحة؟

طريقة عامة مدعومة في المراجع الإكلينيكية [٦][٩][١٢]:

١. نطلب من كبير السن أن يقف منتصباً قدر استطاعته، وهو مرتدي الحذاء الذي يمشي به غالباً.

٢. نضع العصا بجانبه من الجهة المقابلة للرجل المصابة (مثلاً: لو الركبة اليمنى تؤلمه، نضع العصا في اليد اليسرى).

٣. نضبط طول العصا بحيث:

- يكون مقبض العصا عند مستوى عظمة رسغ اليد تقريباً.
- عندما يمسك المقبض، يكون الكوع مثنيًا حوالي ٢٠-٣٠ درجة (انحناء بسيط مريح).

لو العصا أقصر من اللازم:

- ينحني كبير السن للأمام.
- يزداد الضغط على الظهر والكتف.
- يقل الأمان في المشي.

لو العصا أطول من اللازم:

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

٤.٤ 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 [٩][١٢].

٤.٥ 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.



٥. المشاية (Walker)

٥.١ 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 [١][٤][٦][١١].

أنواع شائعة:

١. مشاية ثابتة بدون عجلات:
تعطي أعلى مستوى من الثبات، لكنها تحتاج قوة أكبر لرفعها خطوة بخطوة.
٢. مشاية بعجلتين أماميتين:
تسمح بدفع المشاية بدل رفعها، مناسبة لكبار السن الذين يستطيعون التحكم في سرعة المشي نوعاً ما.
٣. روليتور (Rollator - أربع عجلات + فرامل + كرسي صغير):
شائع في الدول الغربية، يحتاج قدرة إدراكية حركية جيدة؛ لأن التحكم بالفرامل أساسي [٦][٩][١٢].

في بيئتنا المنزلية، الأكثر عملياً لكبار السن غالباً:

- مشاية ثابتة أو بعجلتين، حسب قوة العضلات والتوازن.

٥.٢ ضبط ارتفاع المشاية

نفس فكرة العصا تقريباً [٦][٩][١٢]:

١. يقف كبير السن داخل المشاية، يده على المقبضين.
٢. يكون الكوع مثنيًا حوالي ٢٠-٣٠ درجة.
٣. لو كان ينحني كثيراً للأمام لإمساك المشاية، فهذا يعني أنها منخفضة جداً.

٥.٣ طريقة المشي بالمشاية (خطوات بسيطة)

نشرح للأسرة طريقة تسلسلية:

١. تقديم المشاية قليلاً للأمام (حوالي خطوة صغيرة).
 ٢. خطوة بالرجل الأضعف أو المؤلمة إلى داخل إطار المشاية.
 ٣. ثم خطوة بالرجل الأقوى للحاق بها.
- بهذا الترتيب، يكون الوزن مدعوماً بالمشاية عندما تتحرك الرجل الأضعف، مما يحميها [١][٦][٩].

٥.٤ 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 [١][٦][٩][١٣].



٦. الكرسي المتحرك (Wheelchair)

٦.١ متى يكون الكرسي المتحرك ضرورة؟

- بعد عمليات كبيرة (مثل كسور الحوض أو الورك) في المرحلة الأولى قبل السماح بالتحميل الكامل على الرجل [٤][٧].
- 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) [٧].

٦.٢ الخطر الخفي: متى يتحول الكرسي إلى "سجن"؟

أحياناً تبدأ القصة كحل 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 [١][٧][٨]. لذلك:

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

٦.٣ 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.



٧. 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 [١][٤][٦][٩]:

١. 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.

٢. 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.

٣. 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
[١][٤][٨][١١].

٤. 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 نجتمع بين:
• تدريب على المشي لمسافات قصيرة بعصا/مشاية.
• استخدام كرسي متحرك في المسافات الأطول.



٨. نصائح عملية للأسر من واقع الزيارات المنزلية

من التجربة اليومية، هذه نقاط صغيرة لكنها فارقة:

١. لا تشتري الجهاز من نفسك ثم تحاول "إقناع" كبير السن به بعدين.
الأفضل تشاركه من البداية في القرار، وتسمع مخاوفه، وتشرح له فوائد الجهاز.
٢. لا تسيء استخدام الأجهزة كعقاب أو ضغط نفسي:
مثل: "إذا ما سمعت الكلام بنحطك على كرسي متحرك."
هذه الجملة تجعل الكرسي رمزاً للعقاب، بدل أن يكون وسيلة مساعدة.
٣. عدّل البيت مع الجهاز، لا الجهاز وحده:
عصا + سجاد قابل للانزلاق + إضاءة ضعيفة = انخطر ما زال عالياً.
جهاز المشي يحتاج بيئة آمنة حوله ليعمل بفعالية.
٤. 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؟

٥. استثمر زيارة واحدة مع أخصائي علاج طبيعي للتعليم والتعديل:

جلسة واحدة صحيحة لتعليم استخدام العصا أو المشاية قد تساوي عشرات المحاولات العشوائية في البيت [١][٦][٩][١١][١٢].٠



٩. أسئلة شائعة من الأسر (FAQ مختصر)

س: "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 [١][٨][٩][١١][١٣].٠

س: "هل الأفضل أبداً 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 [١][٤][٦][١١].

في الشك، زيارة تقييم واحدة عند أخصائي علاج طبيعي تختصر عليك التخمين.

س: "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 [٤][٧][٨].



١٠. خلاصة الفصل: الجهاز الصحيح في الوقت الصحيح

هذا الفصل يمكن تلخيصه في نقاط عملية:

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

٢. العصا تناسب من يحتاج دعماً بسيطاً إضافياً، مع ضبط جيد للطول وطريقة المشي [٦][٩][١٢].

٣. المشاية تناسب من يحتاج دعماً ثنائي اليدين وتوازناً أعلى، خصوصاً بعد العمليات أو في حالات الضعف العضلي العام [١][٤][٦][١١].

٤. الكرسي المتحرك أداة مهمة للحفاظ على الحركة خارج السرير، لكن استخدامه يجب ألا يلغي برامج التمارين والمشي متى ما كان ذلك ممكناً طبيياً [٤][٧][٨].

٥. قبول كبير السن للجهاز يزيد عندما يفهم أنه وسيلة لحماية استقلاليتة، وليس إعلان نهاية قدرته على المشي [٩][١٠][١٣].

٦. أهم خطوة: لا نتعامل مع الجهاز كبديل عن تعديل البيت وتمارين التوازن؛ بل كجزء من منظومة حماية تشمل:

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

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



المراجع العلمية

[١] Bateni, H., & Maki, B. E (٢٠٠٥). Assistive devices for balance and mobility: benefits, demands, and adverse consequences. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, ٨٦(١), ١٣٤-١٤٥.

[٢] Deandrea, S., Lucenteforte, E., Bravi, F., Foschi, R., La Vecchia, C., & Negri, E (٢٠١٠). Risk factors for falls in community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology*, ٢١(٥), ٦٦٨-٦٥٨.

[٣] Alshammari, S. A., Alhassan, A. M., Aldawsari, M. A., et al (٢٠١٨). Falls among elderly and its relation with their health problems and surrounding environmental factors in Riyadh. *Journal of Family and Community Medicine*, ٢٥(١), ٢٩-٣٤.

- Assessment and management of falls and .(۲۰۰۹) .Liu, H. H [۴]
, (۲) ۹۳ ,gait disorders in older adults. *Medical Clinics of North America*
.۳۶۹-۳۵۵
- The effect of walking aids on balance and weight- .(۲۰۰۳) .Laufer, Y [۵]
bearing patterns of patients with hemiparesis in various stance positions.
.۱۲۲-۱۱۲ , (۲) ۸۳ ,*Physical Therapy*
- .(۲۰۰۳) .Van Hook, F. W., Demonbreun, D., & Weiss, B. D [۶]
Ambulatory devices for chronic gait disorders in the elderly. *American*
.۱۷۲۴-۱۷۱۷ , (۸) ۶۷ ,*Family Physician*
- .Handoll, H. H., Cameron, I. D., Mak, J. C., & Finnegan, T. P [۷]
Multidisciplinary rehabilitation for older people with hip fractures..(۲۰۲۱)
. (۱۱) ۲۰۲۱ ,*Cochrane Database of Systematic Reviews*
- Sarcopenia: .(۲۰۱۹) .Cruz-Jentoft, A. J., Bahat, G., Bauer, J., et al [۸]
, revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and Ageing*
.۳۱-۱۶ , (۱) ۴۸
- Geriatric assistive .(۲۰۱۱) .Bradley, S. M., & Hernandez, C. R [۹]
.۴۱۱-۴۰۵ , (۴) ۸۴ ,devices. *American Family Physician*
- .Kumar, A., Carpenter, H., Morris, R., Ilffie, S., & Kendrick, D [۱۰]
Which factors are associated with fear of falling in community- .(۲۰۱۴)
.۸۴-۷۶ , (۱) ۴۳ ,dwelling older people? *Age and Ageing*
- Assistive walking devices in .(۲۰۰۹) .Tyson, S. F., & Rogerson, L [۱۱]
nonambulant patients undergoing rehabilitation after stroke: the effects on
functional mobility, walking impairments, and patients' opinion. *Archives of*
.۴۷۹-۴۷۵ , (۳) ۹۰ ,*Physical Medicine and Rehabilitation*
- Canes, crutches and walkers..(۱۹۹۱) .Joyce, B. M., & Kirby, R. L [۱۲]
.۵۴۲-۵۳۵ , (۲) ۴۳ ,*American Family Physician*
- Making .(۲۰۰۷) .Gooberman-Hill, R., Ebrahim, S., & GHAS [۱۳]
decisions about simple interventions: older people's use of walking aids.
.۵۷۳-۵۶۹ , (۵) ۳۶ ,*Age and Ageing*
- Physical* .(۲۰۱۹) .(American Physical Therapy Association (APTA [۱۴]
. *Therapist Practice and the Movement System*. APTA Guidelines



كيف نصمم برنامج تمارين منزلية آمن وواقعي لجبار السن؟

من الميدان

أذكر مريضاً في السبعين زرته بعد شهرين من خروجه من المستشفى إثر كسر في الورك. وجدته جالساً على كرسيه طول اليوم، والأسرة تقول: ”نخشى أن يتعب.“
سألته: ”كم مرة تقوم من الكرسي في اليوم؟“ قال: ”مرتين فقط، للحمام.“

بعد ثلاثة أشهر من برنامج تمارين بسيط — خمس دقائق صباحاً وخمس دقائق مساءً — صار
يمشي في الصلاة ويجلس مع الضيوف بدون مساعدة.
ليس السر في تمارين معقدة، بل في الاستمرارية والتدرج.



لماذا 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 [١][٢][٣][٨][١٨].
 - برامج التمارين البسيطة، المنتظمة، ساعدت في دراسات كبيرة على:
 - تقليل خطر السقوط،
 - تحسين القدرة على المشي،
 - الإبقاء على الاستقلالية لفترة أطول [٢][٣][١٣][١٦][١٨].
- هذا الفصل موجه لك كأصرة:
- كيف تُحوّل بيتك إلى "مركز تأهيل صغير"
- برنامج تمارين بسيط، آمن، وواقعي، يناسب كبير السن في بيتكم؟

لن نضع برنامجاً "مثالاً 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.



١. لماذا التمارين مهمة لكبار السن؟

١.١ 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 [١][٢][٣][١١][١٣][١٨].

١.٢ ماذا يحدث لو تركنا كبير السن بدون حركة؟

"الراحة الكاملة" لكبير السن تؤدي إلى:

- ضعف عضلي سريع (خاصة في عضلات الفخذ والساق) [٣][٨][١٥].

- 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" [١٨].



٢. مبادئ أساسية قبل البدء

قبل أن نرسم أي برنامج، هناك مبادئ لا نتجاوزها:

٢.١ 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 [٤][١٠][١١][١٦].

تنبيه مهم: إذا كان كبير السن يعاني من أحد هذه الأمراض، هناك احتياطات إضافية يجب مراعاتها. لمرضى السكري: راقب علامات انخفاض السكر كالتهرق 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.

٢٠٢ التدرّج (Start Low, Go Slow)

- الأبحاث والتوصيات العالمية (مثل ACSM وAGS) تؤكد مبدأ:
نبدأ بشيء بسيط ومقبول... ونزيد تدريجياً [٢][٣][٤][١٠][١٥][١٨].
- لا نبدأ مباشرةً بمدة طويلة أو تمارين صعبة.
 - نزيد عدد التكرارات أو الدقائق تدريجياً، بناءً على تحمل كبير السن.

٢٠٣ "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 [٨][٩].

٢٠٤ مقياس الجهد (Borg Scale - مختصر للأسرة)

- مقياس بورغ للجهد (من ٦ إلى ٢٠) يستخدم كثيراً في الأبحاث [٨]. يمكن تبسيطه للأسرة كالتالي:
- ١-٠: راحة تامة.
 - ٣-٢: مجهود خفيف.
 - ٥-٤: مجهود متوسط (مستوى نزيده كثيراً من الوقت).
 - ٧-٦: مجهود عالي (نستخدمه بحذر جداً).
 - ١٠-٨: مجهود أقصى (غير مناسب لكبار السن في البيت).



٣. 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
[٢][٣][١٢][١٣][١٥][١٦][١٨].



٤. الإحماء (Warm-Up) - تجهيز الجسم قبل التمرين

٤.١ لماذا الإحماء ضروري؟

الإحماء يساعد على:

- رفع حرارة العضلات تدريجياً،
- تحسين تروية المفاصل،
- تقليل خطر الإصابة العضلية [٥][١٥].

٤.٢ نموذج إحماء بسيط (٥-١٠ دقائق)

يمكن للأسرة مساعدة كبير السن على:

- المشي البطيء داخل الصالة أو الممر لمدة ٢-٣ 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، نوقف التمرين، نجلسه، ونراقب. إذا استمر الألم أو الأعراض، يجب استشارة الطبيب.



٥. تمارين القوة (Strength Training)

٥.١ 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 [٣][١٢][١٣][١٤][١٨].

٥.٢ مبادئ عامة لتمارين القوة

- نختار تمارين تستخدم وزن الجسم أو مقاومة خفيفة (مثل زجاجة ماء صغيرة).
- نهدف إلى ٢-٣ جولات في الأسبوع، مع يوم راحة بينهما لنفس العضلات [٣][٤][١٥].
- نبدأ بتكرارات قليلة (مثلاً ٨ مرات)، ثم نزيد تدريجياً إلى ١٠-١٢ حسب التحمل [٣][١٥].

التمرين 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:
- ١. يجلس كبير السن في منتصف الكرسي، قدماه على الأرض، الذراعان على الفخذين أو على مسندي الكرسي.
- ٢. يميل قليلاً للأمام، ثم يحاول الوقوف حتى تمام الوقوف.
- ٣. يجلس مرة أخرى ببطء، ويكرر الحركة.
- التدرج:
- نبدأ بـ ٥ تكرارات، نستهدف الوصول إلى ١٠-١٢ 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 [٣][١٥].



٦. تمارين التوازن (Balance Exercises)

٦.١ 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 [٢][١٢][١٦][١٧].

٦.٢ مبادئ السلامة في تمارين التوازن

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

٦.٣ 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 ١٠-٢٠ ثانية، مع وجود مرافق قريب.
 - يمكن زيادة الصعوبة لاحقاً بتقليل الاعتماد على اليدين.
- ! توقف فوراً إذا:**

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



٧. تمارين المرونة والإطالة (Stretching)

٧.١ الهدف من التغطية

- الحفاظ على مدى حركة جيد في المفاصل،
- تقليل التيبس،
- تحسين الشعور بالراحة بعد الجلوس الطويل [٥][١٥].

٧.٢ مبادئ عامة للإطالة عند كبار السن

- يكون التمدد لطيفاً، بلا "نط" أو حركات سريعة [٥][١٥].
- يمسك وضعية التمدد لمدة ١٠-٢٠ ثانية، حسب التحمل.
- لا نبث 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 ١٠-١٥ 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.

٨. النشاط الهوائي (Aerobic Activity)

٨.١ 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 [٢][٤][١٨].

٨.٢ كم نحتاج من النشاط الهوائي؟

التوصيات العالمية لكبار السن القادرين تشير إلى:

- ١٥٠ دقيقة أسبوعياً من نشاط هوائي معتدل (يمكن تقسيمها على الأيام)،
- لكن هذا هدف طويل المدى، وليس نقطة البداية [٢][٤][١٨].

في البداية، قد نكتفي بـ:

- ٥-١٠ دقائق من المشي البطيء،
- تكررها مرة أو مرتين في اليوم،
- ثم نزيد المدة تدريجياً حسب التحمل.

٨.٣ الانتباه للحرارة والجفاف في السعودية

في بلد حار مثل السعودية، خصوصاً في الصيف أو مع المرضى أصحاب الأمراض المزمنة، يجب الحذر [٦][٧]:

- 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) [٦][٧].

! توقف فوراً إذا:

- ظهر تعرق 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.



٩. كيف نرتّب برنامج أسبوعي بسيط؟

٩.١ نموذج جدول أسبوعي مرن

يمكن للأسرة استخدام نموذج مبسط مثل:

- ٣ أيام في الأسبوع: تمارين قوة + توازن + مرونة (مثلاً: السبت، الاثنين، الأربعاء).
- ٤-٥ أيام في الأسبوع: نشاط هوائي خفيف (مشي) في أيام متفرقة.

كل يوم تمارين قوة/توازن يمكن أن يشمل:

١. إحماء (٥ دقائق مشي خفيف).

٢. تمرين جلوس وقيام من الكرسي (١-٢ مجموعة × ٥-١٠ تكرارات).

٣. تمرين توازن بسيط قرب الكرسي.

٤. إطالة بسيط للعضلات المستخدمة.

مع الوقت، يمكن زيادة:

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

٩.٢ مبدأ "خطوة صغيرة، لكن ثابتة"

دراسات التغيير السلوكي (مثل نموذج المراحل المتدرجة - Transtheoretical Model) تشير إلى أن التغيير التدريجي، مع دعم الأسرة، أكثر استدامة من البدايات القوية القصيرة [١٩].

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



١٠. 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 [١٢][١٣][١٨].
- 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.

١١. 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.

١٢. خلاصة: كيف تجعل التمارين "جزء من الحياة" وليس "فصل مؤقت"؟

من تجربة العمل مع كبار السن، ومن الأدلة العلمية [١][٢][٣][١٢][١٣][١٥][١٨][١٩]:

١. الاستمرارية أهم من الكمال.
 - ١٠ دقائق يومياً، تستمر أشهر، أفضل من أسبوع مثالي ثم توقف.
٢. التمارين ليست عقاباً، بل استثماراً في القدرة على:
 - الذهاب للحمام بدون مساعدة،
 - الوضوء والصلاة براحة،
 - زيارة الأقارب والحضور في المناسبات.
٣. برنامج التمارين الجيد بسيط وواضح للأسرة:
 - يعرفون متى يتم إيقاف التمرين،
 - يعرفون متى يتصلون بالطبيب،
 - يعرفون كيف يزدون الجهد تدريجياً بأمان.
٤. 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،
- متحرراً بأمان داخل بيته وخارجه.

المراجع العلمية

- World report on ageing and .(٢٠١٥) .World Health Organization [١]
health. WHO Press
- .(٢٠١٩) .Sherrington, C., Fairhall, N. J., Wallbank, G. K., et al [٢]
 Exercise for preventing falls in older people living in the community.
 .(١)٢٠١٩ ,*Cochrane Database of Systematic Reviews*
- Progressive resistance strength .(٢٠٠٩) .Liu, C. J., & Latham, N. K [٣]
 training for improving physical function in older adults. *Cochrane Database*
 .(٣)٢٠٠٩ ,*of Systematic Reviews*
- ACSM's Guidelines .(٢٠١٨) .American College of Sports Medicine [٤]
 .١٠th ed.). Wolters Kluwer) *for Exercise Testing and Prescription*
- Warm-up and .(٢٠٠٧) .Woods, K., Bishop, P., & Jones, E [٥]
 , (١٢)٣٧ ,stretching in the prevention of muscular injury. *Sports Medicine*
 .١٠٩٩-١٠٨٩
- .(٢٠١٠) .Kenny, G. P., Yardley, J., Brown, C., Sigal, R. J., & Jay, O [٦]
 Heat stress in older individuals and patients with common chronic diseases.
 .١٠٦٠-١٠٥٣ , (١٠) ١٨٢ ,*CMAJ*
- Dehydration and .(٢٠١٠) .Maughan, R. J., & Shirreffs, S. M [٧]
 rehydration in competitive sport. *Scandinavian Journal of Medicine & Science*
 .٤٧-٤٠ , (٣ Suppl) ٢٠ ,in *Sports*
- Psychophysical bases of perceived exertion. .(١٩٨٢) .Borg, G. A [٨]
 .٣٨١-٣٧٧ , (٥) ١٤ ,*Medicine and Science in Sports and Exercise*
- .(Persinger, R., Foster, C., Gibson, M., Fater, D. C., & Porcari, J. P [٩]
 Consistency of the talk test for exercise prescription. *Medicine and* .(٢٠٠٤)
 .١٦٣٦-١٦٣٢ , (٩) ٣٦ ,*Science in Sports and Exercise*

Guideline for the prevention .(۲۰۰۱) .American Geriatrics Society [۱۰]
, (۵) ۴۹ ,of falls in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*
. ۶۷۲-۶۶۴

Assessment and management of falls and gait .(۲۰۰۹) .Liu, H. H [۱۱]
, (۲) ۹۳ ,disorders in geriatric patients. *Medical Clinics of North America*
. ۳۶۹-۳۵۵

Granacher, U., Muehlbauer, T., Gollhofer, A., Kressig, R. W., & [۱۲]
An intergenerational approach in the promotion of .(۲۰۱۱) .Zahner, L
balance and strength for fall prevention. *Journal of the American Geriatrics*
. ۲۲۲۸-۲۲۱۹ , (۱۲) ۵۹ ,Society

de Vries, N. M., van Ravensberg, C. D., Hobbelen, J. S., et [۱۳]
Effects of physical exercise therapy on mobility, physical .(۲۰۱۲) .al
functioning, physical activity and quality of life in community-dwelling
. ۶۴ , ۱۲ ,older adults with impaired mobility. *BMC Geriatrics*

Grip strength: An indispensable .(۲۰۱۹) .Bohannon, R. W [۱۴]
. ۱۶۹۱-۱۶۸۱ , ۱۴ ,biomarker for older adults. *Clinical Interventions in Aging*
Therapeutic Exercise: Foundations .(۲۰۲۰) .Kisner, C., & Colby, L. A [۱۵]
. ۷th ed.). F.A. Davis Company) and *Techniques*

Interventions for preventing falls .(۲۰۱۲) .Gillespie, L. D., et al [۱۶]
in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic*
. (۹) ۲۰۱۲ ,Reviews

Vellas, B. J., Wayne, S. J., Romero, L. J., Baumgartner, R. N., & [۱۷]
One-leg balance is an important predictor of injurious .(۱۹۹۷) .Garry, P. J
, (۶) ۴۵ ,falls in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*
. ۷۳۸-۷۳۵

Effect .(۲۰۱۴) .Pahor, M., Guralnik, J. M., Ambrosius, W. T., et al [۱۸]
of structured physical activity on prevention of major mobility disability in
, (۲۳) ۳۱۱ ,older adults: the LIFE study randomized clinical trial. *JAMA*
. ۲۳۹۶-۲۳۸۷

The transtheoretical .(۱۹۹۷) .Prochaska, J. O., & Velicer, W. F [۱۹]
,model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*
. ۴۸-۳۸ , (۱) ۱۲



كيف نميّز الطبيعي من الخطر؟

من الميدان

في إحدى زيارتي، كنت أتابع أبا خالد بعد شهر من بدء برنامج المشي الخفيف. قال لي وهو يمسك نفذه: "احس فيه شد بسيط من أمس". سألته: "كم درجة الألم من ١٠؟" أجاب: "ثلاثة، ويخف إذا تحركت". ابتسمت وقلت: "هذا ألم تدريب طبيعي. لو كان ٧ أو جاء فجأة مع تورم، هنا نتوقف". بعد يومين كتب في دفتره: "الألم خف كثير". هذه اللحظات تؤكد لي أن الفارق بين الألم الآمن والإنذار الأحمر بسيط حين نعرفه.



لماذا 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، ونصرف بسرعة عند العلامات التحذيرية.

قاعدة عملية: الألم المقبول غالباً خفيف، تدريجي، ويخسر خلال ٢٤-٧٢ ساعة. الألم الخطر يكون حاداً، مفاجئاً، أو مصحوباً بتورم/أعراض عامة.



١. ما هو الألم الطبيعي مع الجهد؟

١.١ شد عضلي متوقع (DOMS)

- يظهر بعد نشاط جديد أو أشد، يبدأ خلال ١٢-٢٤ ساعة ويبلغ ذروته خلال ٤٨-٧٢ ساعة ثم يخف وحده [١].
- يكون منتشرًا في العضلة التي عملت، يشبه الشد أو الحرقان الخفيف.
- كبار السن ليسوا بالضرورة أكثر عرضة للألم المزجج من الشباب؛ أحياناً يكون الألم أقل بسبب اختلاف استجابة العضلات [١].

١.٢ خصائص الألم المقبول أثناء التمرين

- شد خفيف إلى متوسط (حتى ٤/١٠) يتدرج ببطء [٣].
- 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 ٢٤-٧٢ ساعة [١][٣].

١.٣ علامات الإنذار الأحمر

- ألم حاد يشبه الطعنة أثناء التمرين، خصوصاً مع صوت «فرقة» أو فقدان قدرة تحريك المفصل [١].
 - 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.



٢. كيف نراقب الألم والجهد؟

٢.١ مقياس الألم العددي (١٠-٠)

- قبل التمرين: اسأل "كم الألم الآن؟" وسجل الرقم.
- أثناء التمرين: نريد بقاءه في نطاق ٣-٤/١٠ للغالبية [٣].
- بعد ٢٤ ساعة: إذا عاد الألم كما كان أو خف، فهذا مطمئن. إذا زاد إلى ٦-٧ واستمر، خفف الشدة في الجلسة التالية.

٢.٢ مقياس الجهد (RPE) واختبار الحديث

- اطلب من كبيرك تقييم الجهد من ٠-١٠. الشدة الآمنة الشائعة ٥-١٠/٦ حيث يمكن التحدث بجمل كاملة لكن الغناء يصبح صعباً [٣].
- إذا تعذر قول أكثر من كلمات متقطعة بسبب اللهاث، فالشدة عالية ويجب التخفيف.

٢.٣ دفتر متابعة الألم

- خصص دفترًا بسيطًا بثلاث خانات: اليوم/التمرين - الألم قبل/بعد/بعد ٢٤ ساعة - ملاحظات.
- يساعد في رصد الأنشطة التي تسبب ألمًا مفرطًا، ويعطي الأخصائي صورة أوضح لتعديل الخطة [١].



٣. التدرج والراحة: وصفة الوقاية من الألم المفرط

٣.١ ابدأ قليلًا وتقدم ببطء

- الزيادة المفاجئة في التكرارات أو مدة المشي ترفع احتمال الألم والإجهاد [١].
- قاعدة عملية: زيادة ١٠% أسبوعيًا في الوقت أو التكرارات تكفي لمعظم الحالات.

٣.٢ قاعدة ٢٤-٧٢ ساعة

- إذا خف الألم خلال يومين → يمكنك الاستمرار بنفس الشدة أو زيادتها قليلًا.
- إذا استمر الألم المتوسط أكثر من ٧٢ ساعة أو ازداد → خفف الشدة في الجلسة المقبلة أو أضف يوم راحة.

٣.٣ 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 [١].

٣.٤ "اختبار ساعتين" لخشونة المفاصل

- إذا كان الألم بعد التمرين بأسوأ من قبله بساعتين، خفف الشدة في الجلسة التالية [٧].
- استخدم كراسي ثابتة أو تمارين مائية أو تمارين كرسي لتقليل الحمل على الركبة/الورك [٢][٤].



٤. حالات مزمنة شائعة: كيف نضبط الشدة بأمان؟

٤.١ خشونة المفاصل

- التمارين الهوائية الخفيفة وتقوية العضلات تحسن الألم والوظيفة إذا راقبنا الشدة [٢][٤].
- 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.

٤.٢ هشاشة العظام

- التمرين يحافظ على العظم والتوازن، لكن تجنب الانحناء الشديد للأمام أو الالتفاف العنيف للجزع [٢].
- ركز على التوازن قرب دعم ثابت (كرسي/جدار)، وحركات نطاق حركة لطيفة.

٤.٣ أمراض القلب أو الرئة المستقرة

- النشاط المعتدل يحسن التحمل وجودة الحياة [٦].
- اعتمد اختبار الحديث و RPE ٥-٦/١٠.
-
- ! توقف إذا ظهر ألم صدر، ضيق نفس شديد، تعرق بارد، أو دوّار.



٥. 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 ٠-١٠. قل له: "إذا كان الألم ٣-٤ ويخف مع الحركة فهذا يعني أن العضلة تتكيف". وأضف الحدود: "إذا صار ٧ أو مع تورم، تتوقف ونكلم المختص".
- س: ماذا أفعل إذا استمر الألم المتوسط لأكثر من ٣ أيام؟
- ج: خفف الشدة (وقت أقل أو تكرارات أقل)، أضف يوم راحة، ثم جرّب 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 ٢٤ ساعة. إذا زاد بوضوح بعد الجلسة، قلل الشدة واستشر مختصاً عند الحاجة.

خلاصة 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 (٠-١٠)، مقياس الجهد (RPE)، واختبار الحديث لضبط الشدة بأمان.
- التدرج البطيء (حوالي ١٠% 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 العلمية

Advancing age is not associated with greater exercise-induced muscle damage: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Aging and Physical Activity* ٢٠٢٥. (٦) ٣٣, ٦٠٦-٦٢٤. Fernandes, J. F. T., Vieira, A., & Silva, P [١] ١٠.١١٢٣/japa/١٠.١١٢٣/https://doi.org. ١٦٥-٢٠٢٤.

Physical activity and exercise therapy benefit more than just symptoms and [٢] Skou, S. T., Roos, E. M., Laursen, M. B., et al (٢٠١٨).

- , (6) 8, impairments in people with hip and knee osteoarthritis. *JOSPT* 2018;48:1111-1117. <https://doi.org/10.1519/jospt.2018.48.1111>
- Geneen, L. J., Moore, R. A., Clarke, C., Martin, D., [3] Physical activity and (2017) .Colvin, L. A., & Smith, B. H exercise for chronic pain in adults: An analysis of Cochrane (1) 2017 ,reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews* pub2.CD.011279.10.1002/14651858/https://doi.org
- .(2019) .Bannuru, R. R., Osani, M. C., Vaysbrot, E. E., et al [4] OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and -1078, (11) 27, polyarticular osteoarthritis. *Osteoarthritis and Cartilage* 2019;29:1111-1120. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2019.06.011>
- Exercise (2001) .American Geriatrics Society Panel [5] prescription for older adults with osteoarthritis pain: Consensus 823-808, (6) 9, guidelines. *Journal of the American Geriatrics Society* x.0410.2001.00496-1032.j/10.1046/https://doi.org
- World (2020) .Bull, F. C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S., et al [6] guidelines on physical activity and sedentary 2020. Health Organization 1462-1451, (24) 54, behaviour. *British Journal of Sports Medicine* 102900-2020-bjsports/10.1136/https://doi.org
- Exercising with* (2014) .American College of Sports Medicine [7] (osteoarthritis (Exercise is Medicine patient handout



الحركة كدواء آمن

من 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 هذا الموضوع قريب قلبي؟

في إحدى زياراتي المنزلية، وجدت والدًا مسنًا يتسم 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.

١. 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؟ تخيل أن عندك ثلاثة مستويات: - كبير سن نشط نسبياً: يتحرك داخل البيت، يقوم للصلاة، يجلس في الصالة، ويرجع لسريره. هذا أقل 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.

٢. جدول التقلب وتخفيف الضغط (أسلوب عملي)

- في السرير: غير الوضعية كل ٢-٣ ساعات (ظهر → جانب يمين → جانب يسار). استخدم وسادة بين الركبتين وعند الكعبين، ووسادة خلف الظهر لتثبيت الميلا. على الكرسي: كل ١٥-٣٠ دقيقة اطلب من كبيرك الميل للأمام أو للجانب ١٠-١٥ 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.

إجراء: تقلب هادئ من الظهر إلى الجانب

الهدف: تخفيف الضغط عن العجز والكعبين.

- كيف نفذ؟ ١. أبلغ كبيرك: "سنقلبك على جانبك ليريح ظهرك". ٢. ضع يداً على الكتف ويداً على الورك البعيد، وادفعهما كتلة واحدة نحوك مع ثني ركبتك (لا ظهرك). ٣. ضع وسادة خلف الظهر، ووسادة بين الركبتين، وارفع الساقين قليلاً لرفع الكعبين عن المرتبة. ٤. 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.

٣. جلوس مريح وآمن

- ارتفاع الكرسي: الركبتان بزاوية ٩٠ تقريباً والقدمان ثابتتان.

- مسندي الذراعين: يساعدان على تغيير الوزن والوقوف بأمان.
- وسادة مقعدة داعمة: فوم متماسك أو وسادة هوائية بسيطة لتوزيع الضغط، مع فحس أسبوعي لحالتها.
- ضبط الحوض: كل ٣٠-٦٠ دقيقة، أعد الجذع لوضع مستقيم لتجنب الانزلاق والاحتكاك في الظهر.

تمرين: رفع الكعبين وتحريك الدم

- الهدف: تنشيط الدورة الدموية وتخفيف ضغط الكعبين أثناء الجلوس الطويل.
- الخطوات: ١. جالس بظهر مسنود وقدمان ثابتتان. ٢. ارفع الكعبين ببطء (أصابع على الأرض) واثبت ٣-٥ ثوانٍ، ثم أنزل. كرر ٥ مرات. ٣. ارفع رؤوس الأصابع (الكعبان على الأرض) ٣-٥ ثوانٍ، ثم أنزل. كرر ٥ مرات. ٤. 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، أعدّه إلى وضع مريح وآمن، واتصل بالطبيب أو بالطوارئ حسب شدة الأعراض.

تمرين: إمالة الجذع للأمام والخلف

- الهدف: توزيع الضغط بعيداً عن عظمي الجلوس وتنشيط عضلات الظهر الخفيفة.
- الخطوات: ١. جلوس مستقيم، اليدين على مسندي الذراعين. ٢. ميل للأمام ٢٠-٣٠ درجة بظهر مستقيم واضغط قليلاً بالذراعين ٥ ثوانٍ. ٣. عد ببطء للوضع المحايد، ثم استند للخلف قليلاً. ٤. كرر ٨-١٠ مرات كل ساعة جلوس.
- !** توقف فوراً إذا: دوار أو ألم ظهر حاد أو صعوبة تنفس. ثم: أعدّه لوضع محايد واطلب تقييماً طبياً إذا استمر العرض.

٤. قوائم سلامة جاهزة

غرفة النوم والسرير

العنصر	ما انخطر؟	الإجراء الفوري	تم ✓
ارتفاع السرير	صعوبة التقلب والنهوض	اجعل سطح المرتبة عند ركبة المرافق تقريباً	<input type="checkbox"/>
صلابة المرتبة	نقاط ضغط على العجز والكعب	مرتبة فوم متوسطة أو هوائية متناوبة حسب توصية المختص	<input type="checkbox"/>
رفع الكعبين	كعبان يضغطان لساعات	وسادة تحت الساقين لرفع الكعبين عن المرتبة	<input type="checkbox"/>
وسادة بين الركبتين	احتكاك الركبتين والكاحلين	وسادة بين الركبتين والكاحلين عند النوم الجانبي	<input type="checkbox"/>
جدول التقلب	ضغط مستمر على نفس النقطة	جدول على الحائط + منبه كل ٢-٣ ساعات	<input type="checkbox"/>
تجفيف الجلد	رطوبة تضعف الجلد	تجفيف لطيف وملابس قطنية جيدة التهوية	<input type="checkbox"/>
جرس النداء	عدم طلب المساعدة	هاتف أو جرس في متناول اليد بعد كل تقليب	<input type="checkbox"/>

الكرسي أو الكرسي المتحرك

العنصر	ما الخطر؟	الإجراء الفوري	تم ✓
ارتفاع المقعد	ضغط زائد وصعوبة نهوض	ركبتان بزاوية ٩٠ وقدمان ثابتتان	<input type="checkbox"/>
وسادة المقعدة مسندي الذراعين	تركيز الضغط على عظمتي الجلوس انزلاق واحتكاك في الظهر	وسادة فوم متماسك أو هوائية بسيطة + فحص أسبوعي	<input type="checkbox"/>
مسند القدمين	ضغط على الكعبين حركة مفاجئة أثناء التقلب	تأكد من وجودهما وثباتهما مسند مبطن أو طبقة فوم وضبط الزاوية شدّ الفرامل قبل أي تمرين أو تغيير وضعية	<input type="checkbox"/>
فرامل الكرسي	جلوس منزلق يضغط العجز	إعادة ضبط الحوض كل ٣٠-٦٠ دقيقة، واستخدام وسادة مانعة للانزلاق	<input type="checkbox"/>
تخفيف الضغط المجدول	ضغط مستمر أثناء الجلوس	تذكير بالميلان أو الرفع القصير كل ١٥-٣٠ دقيقة	<input type="checkbox"/>

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



٥. 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 التقلب 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 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 ومزعجة. - 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 تكرر 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 شخصية

الوقاية من قرح الفراش في المنزل ليست سرّاً طبيّاً معقّداً؛ 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 أحبّتنا بحركة دائمة وراحة مدروسة.



كيف نمحي الحركة في البيت؟

من الميدان

في إحدى زياراتي لأحد البيوت، وجدت الأسرة ترفع ذراع والدهم الذي أصيب بجلطة قبل شهر، وهو يصرخ من الألم. كانوا يحاولون إلباسه عبر سحب الذراع المصابة لأنهم خائفون من تحريكها "خطأ". وفي بيت آخر بعد عملية استبدال مفصل الورك، كان الكرسي منخفضاً جداً، فكان المريض يضطر للانحناء العميق كل مرة يجلس أو يقوم. هذان المشاهدان يتكرران كثيراً: خوف من الحركة يقابله جهل بالاحتياطات البسيطة. في هذا الفصل سمنشي معاً خطوة بخطوة لنوازن بين الحماية والتحفيز.

قبل 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 نحركه" و"نخاف نخليه بدون حركة".



١. بعد الجلطة الدماغية: حماية الطرف الضعيف دون تجميده

لماذا؟

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 الذي أفعله مع أسرتي؟

- أَدْعِمُ 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 أَسحب المريض من الذراع المصابة عند القيام أو اللبس.
- لا أترك الذراع تتدلى بلا دعم أثناء الجلوس أو المشي.

من المثير للاهتمام أن 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 ثقيلًا. 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.

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: ١. تهيئة: ضع الكوب أو المنشفة أمام اليد المصابة على الطاولة. ذكّر المريض أن الهدف لمس الأداة دون ألم. ٢. استعداد: ادعم الكوع المصاب بيدك بلطف، وتأكد أن الكتف محايد وغير متدلي. ٣. محاولة: اطلب منه فتح الأصابع ولمس الكوب. إن استطاع، يمسك الكوب ويرفعه سنتيمترات قليلة فقط. ٤. عودة: ساعده على إعادة الكوب بهدوء، خذ استراحة ٥-١٠ 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 سمع 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 (٩٩٧) إذا كان الألم شديداً.

التكرار المقترح: ٥-٨ محاولات، مرة إلى مرتين يومياً حسب التحمل. زد الارتفاع أو زمن الإمساك تدريجياً.

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



٢. بعد استبدال الورك أو الركبة: حماية المفصل الصناعي مع الحفاظ على الحركة

لماذا؟

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 سريعة للأسرة

- استخدم كراسٍ مرتفعة بمساند ذراع لتسهيل الجلوس والقيام دون ثني مفرط.
- ثبت مسكات حائطية قرب المراض 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.

إجراء منزلي: الجلوس والقيام من كرسي مرتفع بعد استبدال المفصل

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

مناسب لـ: من سُمح 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 يستخدمها. - المرافق يقف بجانب الطرف المصاب قليلاً للخلف لمراقبة التوازن. - أرضية خالية من السجاد المتعثر أو الأسلاك، والكرسي ملاصق للحائط إن أمكن.

الخطوات: ١. تهيئة: تأكد من ثبات الكرسي. ذكّر بقاعدة "القدمين للأمام دون تقاطع أو دوران داخلي". ٢. الجلوس: قدم المصابة نصف خطوة للأمام، ارجع ببطء حتى يحس بالمقعد خلف ركبتيه، ضع اليدين على المساند ثم انزل بهدوء والظهر مستقيم. ٣. 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 (٩٩٧) إذا استمر الألم أو عدم الثبات.

التكرار المقترح: ٣-٥ مرات في اليوم ضمن الانتقالات اليومية، مع مراقبة التعب.

نصائح للمرافق: تأكد أن زاوية الورك ٩٠ درجة على الأقل عند الجلوس، أضف وسادة إذا لزم، وذكّر بخطوات صغيرة عند الالتفاف لتجنب دوران الورك للداخل.

٣. بعد الكسور الشائعة: فهم تعليمات تحميل الوزن والحركة المبكرة الآمنة

لماذا؟

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

مبادئ 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 النحول.
- لا تسمح بالوقوف الكامل على الطرف المصاب قبل الإذن.
- لا تترك المريض طريح الفراش خوفاً من الأذى؛ الحركة الخفيفة المسموح بها أفضل.

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: ١. تحضير: تأكد من راحة المريض وثبات الجبس أو الدعامة، وشرح الهدف: "نحرك الكاحل لتحسين الدورة". ٢. ثني لأعلى ولأسفل: اطلب سحب أصابع القدم نحو الرأس ببطء ثم دفعها كما لو يضغط على دواسه، مع إبقاء الركبة مستقيمة. ٣. دوائر خفيفة: إذا مسموح ودون ألم، اطلب رسم دوائر صغيرة بالكاحل باتجاه عقارب الساعة ثم عكسها. ٤. راحة وتكرار: استرح ٥ 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 داكاً 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 (٩٩٧) إذا ظهرت أعراض تنفسية.

التكرار المقترح: ١٠-١٥ حركة ثني كل ساعة يكون المريض مستيقظاً، وه 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.



إشارات 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 "تحمّل" الألم؛ بل نتواصل مع الطبيب فوراً أو نذهب للطوارئ حسب الحالة.



٤. 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 رفاية، بل خطوة مهمة لاستعادة أكبر قدر ممكن من الاستقلال.



الخلاصة 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.



المراجع العلمية

- [١] Winstein CJ, et al (٢٠١٦). *Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery*
- [٢] Sheth NP & Foran JR (٢٠٢٢). *Activities After Total Hip Replacement*. AAOS OrthoInfo
- [٣] American Academy of Orthopaedic Surgeons (٢٠٢١). *Management of Hip Fractures in Older Adults*



التعامل مع الرفض والعناد والخوف من الحركة

من 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 أحد الآباء في إحدى القرى. كان يرفض المشي تماماً بعد سقطة قديمة. لم يكن عناداً، كان خوفاً من أن يخرج نفسه أمام أحفاده.»

المقدمة

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 تدريج 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 يرفض كبير السن الحركة؟

خوف 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 الكلام: الدعم لا الأمر

كيف نفتح الحوار؟

- اسأل واستمع: «ما أكثر شيء يقلقك في هذا التمرين؟» ثم أعد ما سمعت: «إذن أنت تخاف أن تتعب بسرعة، صحيح؟» [٦].
- اعرض خيارات: «تفضل نبدأ بدقيقتين مشي داخل الممر أو جلوس ووقوف من الكرسي؟» [٥].
- اربط الهدف بما يحبه: «لن نطيل، نريد فقط أن يساعدك هذا على الوضوء براحة أو الجلوس مع أحفادك» [١٠].

عبارات مجربة

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

مثال حوار يوضح الفرق

بدلاً من سرد قائمة طويلة لما يُقال وما لا يُقال، دعونا نرى مثلاً حقيقةً 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 تحمينا 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 «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 برنامج 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 ينجح؟

التدرج يبني نجاحات صغيرة تعيد الثقة، ويخفف استجابة الخوف من الألم أو السقوط [٨][٩]. دراسات الدمج بين التمرين والتعرض التدريجي للخوف خفضت قلق السقوط وسلوك التجنب بشكل واضح [٩].

خطة تطبيق سهلة في البيت

١. جرب دقيقتين فقط: جلوس ووقوف من الكرسي مرتين مع تقييم الراحة بعدها.
٢. زد ببطء: أضف تكرارين أو دقيقة واحدة كل أسبوع إذا كان مرتاحاً.
٣. سجل النجاح: ورقة على الثلاجة توضح عدد التكرارات تعطي شعور إنجاز [٧].
٤. مدح فوري: كلمة تشجيع بعد كل محاولة تزيد الدافعية الداخلية [٥].

سلامة 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 الأسرة بلا ضغط ولا صدام

الدعم الاجتماعي المخصص للنشاط البدني يزيد التزام كبار السن [٧]. عندما يشعر الكبير أن العائلة شريكة وليست محكمة، يقل التوتر.

كيف تتوزع 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 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 التمرين بالمعنى والروتين اليومي

أنشطة ذات معنى ثقافي وروحي

- الصلاة والعبادة: المشي إلى المسجد، أو تمرين بسيط بعد الوضوء ليحافظ على الوقوف في الصلاة [١٠].
- 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 بالغربة [١].

أدوات مساعدة بسيطة

- مؤقت الهاتف أو مسبحة العد لقياس التكرارات.
 - كرسي ثابت بجانب الجدار لتمرين الجلوس والوقوف.
 - إضاءة جيدة ليلاً لتقليل الخوف من التعثر [٢].
- رسالة تشجيع: ربط الحركة بمعنى عزيز (الصلاة، اللعب مع الأحفاد) يحول التمرين من عبء إلى جزء محبب من اليوم.



متى يكون الرفض إنذاراً أعمق؟

أحياناً يكون الرفض صرخة استغاثة تحتاج تقييم متخصص.

- حزن شديد أو فقدان اهتمام بالحياة: قد يشير لاكتئاب يحتاج رعاية مهنية [١].
 - قلق غير منطقي من التمرين: نوبات هلع أو خوف من «الموت أثناء الحركة» رغم طمأنة الأطباء تحتاج تقييماً نفسياً [٦].
 - ارتباك أو نسيان واضح: قد يدل على تدهور معرفي ويحتاج خطة مختلفة.
 - ألم حاد غير مسيطر عليه: اضبط الألم مع الطبيب قبل متابعة التمرين.
 - تغيير مفاجئ في السلوك أو القوة: بعد مرض أو دواء جديد يجب فحصه طبياً.
- خطوة فورية آمنة: إذا ظهر ألم حاد مفاجئ أو دوار شديد أثناء التمرين، أوقف الجلسة، أجلس الكبير بأمان، واتصل بالطبيب إذا لم يخفِ الشعور سريعاً. سلامته أولاً.



خلاصة 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 نحكي 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 يحول "أحس أنه ما تحسن" إلى أرقام وكلمات ملهوسة.

- Factors .(٢٠٢٣) .Meredith, S. J., Maldeniya, R., & Smith, R [١]
that influence older adults' participation in physical activity: A
.afad١٤٥ , (٨)٥٢ ,systematic review of qualitative studies. *Age and Ageing*
ageing/afad١٤٥/١٠٠١٠٩٣/https://doi.org
- Fear of falling .(٢٠٢١) .MacKay, S., Ebert, T., & Musselman, K [٢]
in older adults: A scoping review of recent literature. *Canadian Geriatrics*
٢٤.٥٢١.cgj/١٠.٥٧٧٠/https://doi.org .٣٩٤-٣٧٩ , (٤)٢٤ , *Journal*
- The effect .(٢٠٢٥) .Aydin, M. A., Altun, D., & Kocak, G [٣]
of kinesiophobia and successful aging on quality of life in older
.٨١١ , ٢٥ ,adults: Machine learning approach. *BMC Geriatrics*
٨-٠٦٤٨٢-٠٢٥-s١٢٨٧٧/١٠٠١١٨٦/https://doi.org
- Fear-of- .(٢٠٢١) .Stanmore, E. K., Crossland, K., & Todd, C [٤]
falling and associated risk factors in persons with rheumatoid arthritis:
.٢٦٠ , ٢٢ ,year prospective study. *BMC Musculoskeletal Disorders-١ A*
٠-٠٤٠٦٨-٠٢١-s١٢٨٩١/١٠٠١١٨٦/https://doi.org
- The role of .(٢٠٢٣) .Morbée, S., Schouten, B., & Geuens, M [٥]
communication style and external motivators in predicting health behavior
, (١٣)٣٨ ,intentions: An experimental vignette study. *Health Communication*
١٠٠١٠٨٠/١٠٤١٠٢٣٦.٢٠٢٢.٢١٢٥٠١٢/https://doi.org .٢٩٠٣-٢٨٩٤
- Motivational interviewing to .(٢٠١٦) .Serdarevic, M [٦]
affect behavior change in geriatric patient population of older
.٠٠٤٠٩ , (٧)٦ ,adults. *Journal of Psychology & Clinical Psychiatry*
٢٠١٦.٠٦.٠٠٤٠٩.jpccpy/١٠٠١٥٤٠٦/https://doi.org
- The association .(٢٠١٧) .Smith, G. L., Banting, L., & Eime, R [٧]
between social support and physical activity in older adults: A systematic

, review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*
8-009-017-s12966/10.1186/https://doi.org.06

Graded activity for .(2016) .Kuss, K., Fawcett, R., & Akuthota, V [8]
older adults with chronic low back pain: Program development and mixed-
.2229-2218, (12)17, methods feasibility cohort study. *Pain Medicine*
pm/pnw.62/10.1093/https://doi.org

Integrated .(2018) .Loebach Wetherell, J., Petkus, A. J., & Lenze, E [9]
exposure therapy and exercise reduces fear of falling and avoidance in older
, adults: A randomized pilot study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*
2018.04.001.j.jagp/10.1016/https://doi.org.809-849, (8)26

.(2012) .Clemson, L., Fiatarone Singh, M., & Cumming, R [10]
Integration of balance and strength training into daily life activity to reduce
, rate of falls in older people (LiFE study): Randomised parallel trial. *BMJ*
bmj.e8547/10.1136/https://doi.org.e8547, 350



كيف تراقب التقدم؟

من الميدان

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

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



لماذا 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 بلمسة 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 ندون يومياً؟ (قالب جاهز للنسخ)

نصيحة سريعة: خصصوا صفحة لكل أسبوع. اكتبوا بقلم عادي. لا يحتاج الدفتر لتطبيق أو طابعة فاخرة.

اليوم	النشاط	المدة	الجهد	الألم	ملاحظات
الأحد	المشي في الممر القيام من الكرسي	٨ دقائق ٣ × ٦ تكرار	٤	١	تعب خفيف بعد الدقيقة ٦ احتاج لمسة خفيفة للمساعدة
الاثنين	٢	...
...

للذين لا يحبون الجداول

بعض الأسر لا تتراح للجداول والخطط. لا مشكلة. يمكن أن يكون الدفتر بكل بساطة: - سطر أو سطران لكل يوم، مثل: "الاثنين: مشي في الممر ٣ مرات ذهاباً وإياباً. تعب بعد الثالثة. سقطت رجله مرة بدون سقوط." "الثلاثاء: لم يترن، 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). - سجلوا الزمن أو التكرارات التقريبية. - شدة الجهد (RPE ٠-١٠): استهدفوا ٣-٥ لمعظم الأنشطة؛ ٠ يعني بلا جهد، ١٠ يعني مجهود جداً. - الألم (٠-١٠): إذا وصل إلى ٦ أو أكثر أو كان حاداً، أوقفوا التمرين ودوّنوا الموقف. - الملاحظات: أي شيء لفت: 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 نسجل حوادث السقوط والتعثر؟

التفاصيل الدقيقة تساعدنا على تعديل البيئة والتمارين لتقليل الخطر لاحقاً.

التاريخ/الوقت	المكان	ما كان يفعله المريض؟	السبب الظاهر	النتيجة	الإجراء المتخذ
١٠ شعبان، ٧:٣٠ م	غرفة المعيشة	دوران للعودة إلى الكرسي	سجادة بارزة	كدمة بسيطة في الركبة	وضع ثلج، أبلغ الأخصائي

- 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 (٩٩٧) 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 التغير الوظيفي في الأنشطة اليومية

ركزوا على ٣-٥ مهام أساسية يمكن قياسها كل أسبوع.

المهمة	الشهر الماضي	هذا الأسبوع	المساعدة المطلوبة اليوم	ملاحظات
القيام من الكرسي المشي للحمام	يحتاج سحب باليد + دفع من شخص يحتاج مرافقة قريبة	يقوم مع لمسة خفيفة يمشي بالعصا وحده	لمسة خفيفة مراقبة من بعيد	تقدم واضح، ثقة أعلى لا سقوط

- 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 أستخدم الدفتر مع أخصائي العلاج الطبيعي؟

- في بداية كل زيارة، ضعوا الدفتر أمام الأخصائي واتركوه 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 الخطة، لا مجرد متلقين لتعليمات.



كيف نحافظ على الحماس؟

- اجعلوا التدوين لا يتجاوز ٣ 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 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.

١٢

رسائل عملية لكل أسرة

يُعدّ هذا الفصل خلاصة عملية تجمع المبادئ الأساسية التي تناولها الكتاب في صورة توصيات مختصرة. الهدف منه تمكين الأسرة من استحضار النقاط المحورية بسرعة عند الحاجة، خاصةً في لحظات الارتباك أو الإرهاق. وتشير الأدلة إلى أن المرافقين الذين يمتلكون مراجع مكتوبة يطبقون إرشادات السلامة بنسبة أعلى.



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 وصايا حركية مختصرة

١. ليست قوانين صارمة، لكنها خلاصات خرجتُ بها من عشرات البيوت والزيارات:
٢. الحركة اليومية أهم من جلسة طويلة مرة في الأسبوع.
٣. الخطوة الصغيرة المستمرة تغلب القفزة الكبيرة التي لا تتكرر.
٤. الحركة الآمنة داخل البيت مقدمة على المشي في الحديقة إذا كان البيت نفسه غير آمن.
٥. احترام ألم المريض لا يعني أن نستسلم للكسل، بل أن نبحث عن بديل مريح.
٦. الكلمة الطيبة قبل التمرين جزء من العلاج، مثلها مثل التمرين نفسه.
٧. المساعدة الزائدة تسرق الاستقلالية، والمساعدة القليلة تزيد السقوط؛ التوازن هو الهدف.
٨. لا تقارنوا كبيركم بغيره؛ قارنوه بنفسه قبل أسبوع أو شهر.
٩. الراحة مهمة، لكن "الراحة الدائمة" طريق سريع لفقدان القوة.
١٠. وجود خطة مكتوبة (ولو في ورقة بسيطة) أفضل من اعتماد كامل على الذاكرة.
١١. طلب المساعدة من مختصين ليس ضعفاً، بل مسؤولية ورحة بالنفس وبالمريض.



نشاط منزلي مصغر: جولة الحركة بعد كل صلاة

الهدف: زيادة مجموع دقائق النشاط اليومي بطريقة آمنة ومتكررة.

- الخطوات: ٠١. بعد كل صلاة، شغل مؤقتاً لمدة ٣ دقائق. ٠٢. امش مع كبير السن في الممر أو حول الغرفة بخطوات هادئة. ٠٣. اطلب منه لمس الجدار أو استخدام عصا مستقرة إذا لزم.
٠٤. 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: امش بجانب المريض وليس أمامه، وابق يدك قريبة دون سحب. تأكد من أن الأرض جافة وخالية من العوائق قبل البدء.



كلمة 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 يدّعي 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، بحيران، 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.



كيف نطعم أحبابنا بأمان ونحميهم من الشرقة والالتهاب الرئوي؟

من الميدان

في زيارة صباحية لوالد في السبعين بعد جلطة خفيفة، جلستُ معه إلى طاولة الطعام. أرادت ابنته أن تُسعده بوجبة فول ساخنة، لكن بعد أول لقمة بدأ يسعل بشدة وتغيّر لون وجهه. أوقفتُ الإطعام فوراً، طلبتُ منهم تعديل جلسته، وخفّ السعال خلال ثوانٍ. ذلك الموقف الصغير ذكرني

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.



١. 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 تنسق 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.



٢. علامات صعوبات البلع التي تلتقطها الأسرة بسرعة

- سعال أو شرقة أثناء أو بعد اللقمة/الرشفة [٦].
- صوت غرغرة أو بحة بعد البلع (يوحي بوجود سوائل قرب الحبال الصوتية) [٦].
- بقايا طعام في الخدين أو الحاجة لوقت طويل جداً لإنهاء الوجبة [٧].
- فقدان وزن غير مبرر أو تجنب أطعمة مفضلة خوفاً من الشرقة [٨].
- حرارة أو التهابات صدرية متكررة بعد الوجبات (علامة خطر تستدعي تقييماً طبياً) [٩].

تنبيه مهم: شرقة متكررة + حمى أو تغير صوت بعد الأكل = موعد عاجل مع طبيب أو أخصائي بلع. لا تجرّب حلول منزلية وحدك.



٣. الوضعية الذهبية للأكل والشرب في البيت

القواعد الأساسية

١. جلوس بزاوية 90° مع دعم الظهر والقدمين على الأرض أو مسند ثابت [٢].
٢. ميل خفيف للذقن للأمام إذا أوصى به المختص لتضييق مدخل القصبة الهوائية [٣].
٣. تركيز وهدوء: أطفئ التلفاز وضع الجوالات بعيداً أثناء الوجبة [١٠].
٤. البقاء جالساً ٢٠-٣٠ دقيقة بعد الأكل لتقليل الارتجاع والشرقة المتأخرة [٥].

إجراء عملي: تجهيز وضعية أكل آمنة على الكرسي

- 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.
- الخطوات: ١. ضع الوسادة خلف أسفل الظهر وثبت القدمين على الأرض أو مسند ثابت.
 ٢. اضبط ارتفاع الطاولة بحيث لا يضطر المريض للانحناء للأمام. ٣. اطلب من المريض ثني الذقن قليلاً أثناء البلع، ثم العودة لوضع محايد بين اللقم. ٤. ابدأ بلقمة اختبار صغيرة وراقب الصوت والتنفس خلال ١٠ ثوانٍ.

! توقف فوراً إذا: - ظهر سعال متكرر أو صعوبة تنفس واضحة. - تغيّر 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 (٩٩٧) إذا صاحبت الأعراض ضيق تنفس أو زرقة.

أين 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.



٤. استراتيجيات بسيطة تسهل البلع بدون تدخلات طبية معقدة

- لقم صغيرة وبطيئة باستخدام ملعقة شاي [١٠].
- تجنب الأطعمة الجافة المفتتة أو السوائل الرقيقة جداً ما لم يوافق المختص [٤].
- درجة حرارة معتدلة للطعام؛ لا شديد السخونة أو البرودة.
- وجبات أصغر موزعة على اليوم لتقليل الإجهاد.
- لا تطعم شخصاً شبه نائم أو منهك؛ انتظر حتى يكون يقظاً.
- نظافة الفم بعد كل وجبة تقلل خطر الالتهاب الرئوي الاستنشاقى [١١].

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: ١. أخبر المريض أنك ستقدم لقمة صغيرة واطلب مضغاً بطيئاً. ٢. ضع نصف ملعقة شاي على وسط اللسان، وذكّر بثني الذقن قليلاً أثناء البلع. ٣. راقب الصوت والتنفس خلال ١٠ ثوانٍ بعد البلع. ٤. انتظر ٢٠-٣٠ 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 تكمل الوجبة حتى يقيم مختص الوضع.



٥. ماذا نفعل عند الشرقة؟ ومتى نطلب المساعدة؟

- شرقة خفيفة (سعال بسيط والتنفس مستقر): أوقف الأكل، دع المريض يسعل برفق، وامنحه وقتاً لتهدئة التنفس [٧].
- شرقة متكررة خلال نفس الوجبة أو يومياً: أوقف الإطعام واجز تقييماً طبياً أو لدى أخصائي بلع لتحديد القوام المناسب [٣].
- شرقة شديدة مع ضيق تنفس، زرقة، أو فقدان وعي: طوارئ حقيقية؛ أوقف الإطعام واتصل بالإسعاف (٩٩٧) وأبقِ المريض جالساً مدعوم الرأس.

متى نتصل بالطوارئ فوراً؟

أثناء الأكل أو الشرب، إذا حدث أي مما يلي: - بدأ كبير السن يخنق، ولا يستطيع إخراج صوت أو كحة فعّالة. - تغير لون الوجه إلى أزرق أو رمادي. - توقّف التنفس للحظات وبدأت عليه علامات هلع شديد.

هنا لا نناقش ولا نجرب "طرق منزلية" فقط؛ يجب الاتصال بالطوارئ فوراً واتباع تعليمات المسعف.

وإذا حدثت شربة 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.



٦. وقاية الالتهاب الرئوي الاستنشاق في البيت

- نظافة الفم بعد كل وجبة (فرشاة أو مسحة فوية لطيفة) تقلل الحمل البكتيري [١١].
- تجنب الإطعام في وضعية الاستلقاء أو قبل النوم مباشرة [٥].
- مراقبة الحرارة والسعال بعد الوجبات؛ الحمى أو السعال المتأخر يحتاجان تقييماً طبياً.
- تجنب الأطعمة والسوائل عالية الخطورة بدون إشراف مختص (مكسرات، بسكويت جاف، ماء بكميات كبيرة إذا كان البلع ضعيفاً) [٤].

قائمة فحص سريعة لزواية الأكل في البيت

العنصر	الخطر إذا أهمل	ما الذي سنفعله اليوم؟
ارتفاع الكرسي والطاولة	انحناء مفرط → 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 شققة	وفر مسند قدمين ثابت أو صندوق غير منزلق ليبقي الركبتين بزاوية 90°
الإضاءة	رؤية ضعيفة للطعام → سوء تقدير للقوام والكمية	إضاءة مباشرة فوق الطاولة وتجنب الظلال القوية
المشتتات (تلفاز/جوال)	فقدان التركيز → بلع غير منضبط	أطفئ التلفاز وضع الهواتف جانباً أثناء الوجبة تجنب تقديمها بدون توصية مختص؛ اختر قواماً ليناً ومعتدلاً
الأطعمة عالية الخطورة	شققة أو اختناق	ضع منديلاً نظيفاً وكوب ماء معتدل الحرارة للاستخدام عند الحاجة فقط
جاهزية المنديل والماء	بقايا طعام غير ملحوظة → شققة متأخرة	اجلس على كرسي بارتفاع مقارب للمريض أو استخدم طاولة أعلى قليلاً
وضعية مقدم الرعاية	انحناء مستمر → إجهاد أو ألم ظهر	

تطبيق عملي: خصص ٥ دقائق قبل الغداء لمراجعة الجدول، وأشر بعلامة ✓ على ما تم ضبطه.



٧. 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 شرفة متكررة = توقف فوري واتصال بمختص أو بالطوارئ.
- نحن معك في كل خطوة: خطوات بسيطة اليوم تعني وجبات أكثر أماناً وغداً أكثر صحة لك ولمن تحب.



أسئلة 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 يُفضّل 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 العلمية

- [١] Cavallero, S., Dominguez, L., Vernuccio, L., et al (٢٠٢٠). Presbyphagia and Dysphagia in Old Age. *Geriatric Care Clinical Determinants*. (٢٠٢٢). Labeit, A., Bond, J., Engel, C., et al [٢] and Neural Correlates of Presbyphagia in Community-Dwelling Older Adults. *Frontiers in Aging Neuroscience* ١٤:٩١٢٦٩١.
- [٣] Brooks, A (٢٠٢٣). Dysphagia and Aspiration during a Parkinson's Hospitalization: A Care Partner's Perspective. *Frontiers in Aging Neuroscience* ١٥:١٢٥٨٩٧٩.
- [٤] RCSLT (٢٠٢٤). Position Paper on the Use of Thickened Fluids in Dysphagia Management.

-
- Risk .(۲۰۲۵) .Martínez, L. A., Hashmi, K., Shokrollahi, E., et al [۵]
 ,and Mortality of Aspiration Pneumonia in the Elderly. *AIMS Public Health*
 .۱۰-۱:(۱)۱۲
- Adult Dysphagia – Signs and Symptoms. ASHA .(۲۰۲۰) .ASHA [۶]
 .Practice Portal
- Mealtime Difficulties in a Home for .(۱۹۹۷) .Steele, C. M., et al [۷]
 .۵۰-۴۳:(۱)۱۲ ,the Aged: Not Just Dysphagia. *Dysphagia*
- Prevalence of .(۲۰۲۵) .Algethami, A., Alotaibi, R., Alswat, R., et al [۸]
 .۱۳۰-۱۲۳:(۳)۱۷ ,Dysphagia in Western Saudi Arabia. *JPBS*
- .Dysphagia – Symptoms and Causes .(۲۰۲۳) .Mayo Clinic [۹]
- Guidelines on Nutrition and Dysphagia in Older .(۲۰۲۴) .WHO [۱۰]
 .Adults
- Oral .(۲۰۰۲) .Yoneyama, T., Yoshida, M., Ohru, T., et al [۱۱]
 ,Care Reduces Pneumonia in Older Patients in Nursing Homes. *JAGS*
 .۴۳۳-۴۳۰:(۳)۵۰

١٤

طريـح الفراش — العناية الحركية والوقاية من المضاعفات

لماذا هذا الفصل مهم؟

من واقع عملي في الزيارات المنزلية، أكثر من ٤٠% من الحالات التي أزورها هي لمرضى طريـح الفراش.

دخلت بيت أحد المرضى وكان طريح فراش منذ ٦ أشهر. لاحظت أن عضلات ساقيه أصبحت متيبسة تماماً، وظهرت قرحة فراش في منطقة العصب. سألت الأسرة: هل أحد حرك رجوله؟ قالوا: نحن نخاف نحرّكه خشية تؤذيّه. وهنا المشكلة.

الأسرة غالباً تخاف تتحرك مع المريض، فيحصل التيبس والقروح وضمور العضلات – كل هذا كان ممكن نتجنبه بحركات بسيطة يومية.



من هو طريح الفراش؟

طريح الفراش (Bedridden) هو المريض الذي لا يستطيع النهوض من السرير بسبب:

- جلطة دماغية (Stroke)
- كسر في الورك أو الفخذ
- ضعف عام شديد
- مرض مزمن متقدم (قلب، رئة، كلي)
- مرحلة نهائية من مرض (End-stage)



المضاعفات الخطيرة لطريح الفراش

١. تيبس المفاصل (Joint Contractures)

- العضلات والأوتار تقصر إذا ما تحركت لفترة طويلة
- المفصل يتجمد في وضعية واحدة
- بعد ٢-٣ أسابيع، التيبس يصير دائماً

مثال واقعي: مريض جلطة دماغية، يده مطوية على صدره لمدة شهرين بدون حركة. النتيجة؟
ما قدرنا نفرد يده أبداً، حتى مع العلاج.
الوقاية:

- حرك كل مفصل مرتين يومياً (صباح ومساء)
- لا تترك المريض في نفس الوضعية أكثر من ٣ ساعات

٢. ضمور العضلات (Muscle Atrophy)

الحقيقة المرة:

- أول أسبوع: تفقد ١٠% من قوة العضلة
- أول شهر: تفقد ٣٠-٤٠% من الكتلة العضلية
- بعد ٣ أشهر: العضلة تضمر لدرجة يصعب استرجاعها

تحذير

رجل عمره ٦٨ سنة، كان يمشي عادي قبل عملية القلب. بعد العملية، طرحوه في الفراش شهرين كاملين "عشان يرتاح". لما جيت أشوفه، ما قدر يقف على رجوله — العضلات ضمرت تماماً. احتجنا ٤ أشهر علاج مكثف عشان يمشي مرة ثانية.

الوقاية:

- شد العضلات وأنت في السرير (Isometric exercises)
- حركات مقاومة خفيفة يومياً
- جلوس على حافة السرير ولو ٥ دقائق يومياً

٣. قرح الفراش (Pressure Ulcers)

أخطر مضاعفة — قد تؤدي للوفاة بسبب الالتهابات.

الأماكن الأكثر خطورة:

- العصعص (Sacrum)
- الكعبين (Heels)
- المرفقين
- عظمة الورك الجانبية

كيف تحدث؟

الضغط المستمر → انقطاع الدم → موت الأنسجة → جرح عميق

مراحل القرحة:

علا	فصولا	لحرمل
تغيير الوضعية فوراً	احمرار لا يزول بالضغط	المرحلة ١
كريمات علاجية + تقليب	ظهور فقاعة أو سحجة	المرحلة ٢
تدخل طبي ضروري	جرح عميق يصل للعضلة	المرحلة ٣
عملية جراحية غالباً	جرح يصل للعظم	المرحلة ٤

تحذير

تحذير — اطلب الإسعاف فوراً إذا:

- الجرح أعمق من ١ سم
- خروج صديد أو رائحة كريهة
- حرارة المريض فوق ٣٨ درجة
- انتشار الاحمرار بسرعة

٤. التهاب الرئة (Pneumonia)

- الاستلقاء الدائم → تجمع السوائل في الرئة
- ضعف السعال → عدم طرد البلغم
- صعوبة البلع → دخول الطعام للرئة (Aspiration)

علامات الخطر:

- سعال متكرر
- صعوبة في التنفس
- حرارة مع قشعريرة
- بلغم أخضر أو أصفر

الوقاية:

- رفع رأس السرير ٣٠-٤٥ درجة (خاصة وقت الأكل)
- تمارين تنفس عميق ٣ مرات يومياً
- تقليب المريض كل ٢-٣ ساعات

٥. جلطات الأوردة العميقة (DVT)

خطر حقيقي: قلة الحركة → بقاء الدم في الساقين → تخثر الدم → جلطة

علامات الجلطة:

- تورم في ساق واحدة فقط
- ألم في ريلة الساق (عضلة السمانة)
- احمرار أو سخونة في الساق
- ألم عند الضغط على العضلة

تحذير

تحذير خطير: الجلطة قد تنفصل وتذهب للرئة (Pulmonary Embolism) — هذا قاتل!
إذا شككت في جلطة:

- لا تدلك الساق أبداً
- اتصل بالإسعاف فوراً
- أبقِ المريض في السرير

الوقاية:

- حركات القدم (دوران الكاحل) ١٠ مرات كل ساعة
- ثني وفرد الركبة ٥ مرات كل ساعتين
- جوارب ضاغطة (Compression stockings) إذا وصفها الطبيب



البرنامج اليومي لطريح الفراش

الصباح (٧-٩ صباحاً)

١. الفحص اليومي (٥ دقائق)

- افحص الجلد في الأماكن المعرضة للضغط
- لاحظ أي احمرار أو تقرحات جديدة
- افحص القدم (جفاف، تقرحات)
- راقب التنفس (سلس، صعوبة)

٢. تمارين التنفس (٣ مرات)

الطريقة:

١. خذ نفس عميق من الأنف (عدّ ل ٤)

- ٢. احبس النفس (عدّ ل ٢)
- ٣. أخرج الهواء من الفم ببطء (عدّ ل ٦)
- ٤. كرر ٥ مرات

٣. التقليب الأول

- من الظهر إلى الجانب الأيمن
- ضع وسادة بين الركبتين
- تأكد من راحة الوضعية

منتصف النهار (١١-١٢ ظهراً)

٤. تمارين المدى الحركي (Range of Motion)

القاعدة الذهبية:

- حرك كل مفصل ببطء للنهاية
- ثبت ٥ ثوانٍ
- ارجع ببطء
- كرر ٥-١٠ مرات

ترتيب التمارين:

الطرف العلوي:

- الكتف: رفع للأمام وللجنب
- الكوع: ثني وفرد
- الرسغ: ثني وفرد، دوران
- الأصابع: فتح وإغلاق القبضة

الطرف السفلي:

- الورك: ثني وفرد، تباعد وتقريب
- الركبة: ثني وفرد
- الكاحل: ثني وفرد، دوران
- أصابع القدم: ثني وفرد

الوقت الكلي: ١٥-٢٠ دقيقة لكل الجسم

تلميح

نصيحة من الميدان: لا تستعجل. الحركة السريعة تسبب ألم وتشنجات. الحركة البطيئة والثابتة هي الأفضل.

٥. التقلب الثاني

من الجانب الأيمن إلى الظهر، أو من الأيمن إلى الجانب الأيسر (بالتناوب)

العصر (٣-٤ عصرًا)

٦. تمارين التقوية (إذا كان المريض قادر)

تمرين ١: شد عضلة الفخذ

- اطلب من المريض يشد عضلة الفخذ (كأنه يضغط على السرير)
- ثبت ٥ ثوانٍ
- استرخ ٥ ثوانٍ
- كرر ١٠ مرات لكل ساق

تمرين ٢: رفع الساق المستقيمة

- ارفع الساق مستقيمة ١٠ سم عن السرير
- ثبت ٣ ثوانٍ
- أنزل ببطء
- كرر ٥ مرات (إذا قدر)

تحذير

تحذير: توقف فوراً إذا شعر المريض بألم حاد أو دوخة.

٧. التقلب الثالث

المساء (٧-٨ مساءً)

٨. الجلوس على حافة السرير (إذا ممكن)

الفوائد:

- يمنع انخفاض ضغط الدم
- يقوي عضلات الجذع
- يحسن التنفس
- يعطي المريض شعور بالاستقلالية

الطريقة الآمنة:

١. ارفع رأس السرير ٤٥ درجة لمدة ٥ دقائق أولاً
٢. قلب المريض على جنبه
٣. أنزل رجوله من حافة السرير ببطء
٤. ساعده يرفع جذعه بالدفع باليد
٥. دعه يجلس ٢-٣ دقائق (راقب علامات الدوخة)
٦. أرجعه للسرير ببطء

تحذير

إشارة حمراء — أوقف فوراً إذا:

- شحوب الوجه
- تعرق شديد
- دوخة أو غثيان
- ضيق نفس

٩. التقلب قبل النوم

اختر الجانب الأقل ضغطاً، وتأكد من الوسائد في الأماكن الصحيحة.

جدول التقلب — مهم جداً

تقولاً	ةيعضولا	تاطحالم
٨ صباحاً	الظهر	افحص الجلد
١١ صباحاً	الجانب الأيمن	وسادة بين الركبتين
٢ ظهراً	الظهر أو الأيسر	بالتناوب
٥ عصراً	الجانب الأيسر	
٨ مساءً	الظهر	
١١ ليلاً	الجانب الأيمن	قبل النوم

ملاحظة: هذا جدول مقترح. الأهم: لا تترك المريض في نفس الوضعية أكثر من ٣ ساعات.

الوسائد والدعامات — أدوات بسيطة فعّالة

٠١. وسادة بين الركبتين

الفائدة: تمنع احتكاك الركبتين وتحافظ على استقامة العمود الفقري

٠٢. وسادة تحت الكعبين

الفائدة: ترفع الكعب عن السرير، تمنع قرح الكعب
الطريقة الصحيحة: ضع الوسادة تحت رولة الساق (وليس تحت الركبة مباشرة)، بحيث
يكون الكعب معلق في الهواء.

٠٣. وسادة خلف الظهر

الفائدة: تثبيت المريض في وضعية الجانب، تمنع التدحرج للخلف

٠٤. وسادة تحت الذراع

الفائدة: تمنع تدلي الذراع، تحافظ على وضعية الكتف



التغذية لطريح الفراش

المشكلة الشائعة: قلة الشهية

الأسباب:

- قلة الحركة → قلة الجوع
- الاكتئاب والعزلة
- جفاف الفم
- صعوبة البلع

نصائح عملية

٠١ وجبات صغيرة متكررة

- ٥-٦ وجبات صغيرة أفضل من ٣ كبيرة
- اجعل الوجبات ملونة وجذابة

٠٢ البروتين أولاً

طريخ الفراش يحتاج ١٠٢-١٠٥ جرام بروتين لكل كيلو يومياً

- بيض
- دجاج أو سمك
- لبن وزبادي
- مكملات بروتين (بعد استشارة الطبيب)

٠٣ السوائل

الهدف: ١٠٥-٢ لتر يومياً (إلا إذا منعه الطبيب)

علامات الجفاف:

- جفاف الشفاه
- قلة التبول
- بول أصفر غامق
- دوخة

٠٤ وضعية الأكل الآمنة

- ارفع رأس السرير ٤٥ درجة على الأقل
- أبقِ المريض جالساً ٣٠ دقيقة بعد الأكل
- أطعمه ببطء وبلقمات صغيرة

تحذير

تحذير من الاختناق: إذا دخل الأكل أو الشراب "بالغلط" (Aspiration):

- توقف عن الأكل فوراً
- اطلب من المريض يسعل بقوة
- إذا لم يتحسن أو ظهر ازرقاق، اطلب الإسعاف

النظافة الشخصية

الاستحمام في السرير

الأدوات:

- حوضين ماء (دافئ ونظيف)
- فوط ناعمة
- صابون لطيف
- منشفة كبيرة

الترتيب (من الأنظف للأقل نظافة):

١. الوجه والعنق
٢. الذراعين
٣. الصدر والبطن
٤. الساقين
٥. الظهر
٦. المناطق الحساسة (بماء جديد)

نصائح مهمة:

- غطي المريض بمنشفة كبيرة للخصوصية والدفء
- جفف كل منطقة فوراً بعد غسلها
- استخدم كريم مرطب للجلد الجاف

العناية بالفم

- الفم الجاف → تقرحات وألم
- إهمال الأسنان → التهابات ورائحة
- النظافة الجيدة → شهية أفضل
- مرتين يومياً:

- فرش الأسنان بفرشاة ناعمة
- إذا كان المريض فاقد وعي: امسح اللثة بشاش مبلل
- استخدم مرطب للشفاه



العناية بالجلد — الوقاية من القروح

الفحص اليومي

- الفحص هذه الأماكن كل يوم:
- العصبص (عظمة المؤخرة)
- الكعبين
- الكتفين
- المرفقين
- عظمة الورك الجانبية
- الأذنين (إذا كان ينام على جنبه)
- ما تبحث عنه:

- احمرار لا يزول بعد الضغط عليه
- تغير في لون الجلد (أفتح أو أغمق)

- سخونة أو برودة في المنطقة
- تورم خفيف
- جفاف شديد أو تشقق

الكريمات الواقية

للمناطق المعرضة للضغط:

- كريم الزنك (Zinc Oxide) — يحمي من الرطوبة
- كريم الحاجز (Barrier Cream)
- فيتامين E للجلد الجاف

تحذير

تنبيه: لا تدلك المناطق المحمرة بقوة — هذا يزيد الضرر!



التواصل مع طريح الفراش

المريض الواعي

تحذير

أكبر خطأ تسويه الأسر: يتكلمون عن المريض وهو قدامهم كأنه مو موجود. هذا يحطم نفسية المريض.

افعل:

- كلمه مباشرة، انظر في عينيه
- اشرح له كل شيء قبل ما تسويه

- اسأله عن رأيه وشعوره
- شاركه في القرارات البسيطة (ماذا يأكل، ماذا يشاهد)

لا تفعل:

- لا تتكلم عنه وكأنه غير موجود
- لا تستخدم لهجة أطفال (هو مريض، مو طفل!)
- لا تتجاهل شكواه من الألم

المريض فاقد الوعي

هل يسمعك؟ الدراسات تقول: ممكن. السمع آخر حاسة تروح.

- كلّه برفق
- أخبره بما تفعل ("الحين بقلبك على جنبك الأيمن")
- اقرأ له من القرآن
- شغل له آذان الصلاة



متى تطلب المساعدة الطبية؟

اتصل بالطبيب خلال ٢٤ ساعة إذا:

- رفض المريض الأكل أو الشرب ليوم كامل
- قلة التبول (أقل من مرتين في ٢٤ ساعة)
- إمساك شديد لأكثر من ٣ أيام
- ظهور احمرار جديد رغم التقليل

اطلب الإسعاف فوراً إذا:

- حرارة فوق ٣٨.٥ درجة
- صعوبة شديدة في التنفس
- جرح عميق مع صديد أو رائحة
- تورم مفاجئ في ساق واحدة (شك في جلطة)
- فقدان وعي مفاجئ
- نزيف لا يتوقف



رسالة للأسرة المرهقة

رعاية طريح الفراش من أصعب أنواع الرعاية المنزلية.
أنت تستيقظ كل ٣ ساعات للتقليب. تطعمه ملعقة ملعقة. تغير له الحفاضات. تمسح جسمه
بالماء. تحرك أطرافه كل يوم.
هذا عمل شاق.
لكن تذكر:

تليح

- كل حركة تسويها تمنع مضاعفة خطيرة
- كل تقليب يحمي جلده من القروح
- كل تمرين يحافظ على عضلاته من الضمور
- أنت تسوي فرق حقيقي

اعتنِ بنفسك أيضاً:

- خذ راحة كل يوم (ولو ٣٠ دقيقة)

- اطلب مساعدة الأهل بالتناوب
- تواصل مع مجموعات دعم لمقدمي الرعاية
- صليّ واطلب من الله القوة



جدول المتابعة اليومي

تأطّحالم	تقولاً	طاشنلا	✓ مت
	٨ صباحاً	فحص الجلد + تقليب	
	٩ صباحاً	تمارين تنفس	
	١١ صباحاً	تمارين مدى حركي + تقليب	
	٢ ظهراً	تقليب	
	٥ عصراً	تقليب + جلوس (إن أمكن)	
	٨ مساءً	تقليب + نظافة شخصية	
	١١ ليلاً	تقليب قبل النوم	



الخلاصة

رعاية طريح الفراش تحتاج:

١. التقلب المنتظم كل ٢-٣ ساعات

٢. تمارين المدى الحركي يومياً

٣. فحص الجلد يومياً

٤. تغذية جيدة مع بروتين كافٍ

٥. نظافة شخصية منتظمة

٦. تواصل إنساني ودعم نفسي

تذكر: المضاعفات ممكنة تحصل حتى مع أفضل رعاية. لا تلوم نفسك إذا ظهرت مشكلة.
المهم إنك تبذل جهدك وتطلب المساعدة الطبية في الوقت المناسب.
اللهم ارحم ضعفهم، واشفِ مرضهم، وأجرنا في خدمتهم.

خاتمة

رسالة أخيرة لكل أسرة

في نهاية هذا الكتاب، أود أن أتوجه إلى كل أسرة تحمل على عاتقها مسؤولية رعاية أحد أفرادها من كبار السن بكل الاحترام والتقدير. إن ما تقومون به ليس مجرد واجب عائلي — بل هو عمل إنساني نبيل يتطلب صبراً، وحكمة، ومحبة لا حدود لها.

الرعاية المنزلية: رسالة إنسانية

الرعاية المنزلية لكبار السن ليست وظيفة تنتهي مع نهاية اليوم، بل هي رحلة مستمرة من العطاء. وفي هذه الرحلة، يواجه مقدم الرعاية تحديات جسدية ونفسية كبيرة، قد تشمل:

- الإرهاق الجسدي من النقل اليومي والمساعدة في الحركة
 - الضغط النفسي من المسؤولية المستمرة والقلق على سلامة المريض
 - العزلة الاجتماعية بسبب انشغالهم الدائم بالرعاية
 - الشعور بالذنب عند أخذ استراحة أو طلب المساعدة
- تذكروا دائماً: أنتم لستم وحدكم. ومن حقكم — بل من واجبكم — أن تطلبوا الدعم والمساعدة.

نصائح لمقدمي الرعاية: اعتنوا بأنفسكم أولاً

لا يمكنكم رعاية الآخرين بشكل فعال إن لم تعتنوا بأنفسكم أولاً. إليكم بعض النصائح الأساسية:

نصيحة

١. خذوا فترات راحة منتظمة

لا تنتظروا حتى تصلوا لحد الإرهاق الكامل. خططوا لفترات راحة يومية قصيرة، واطلبوا من أحد أفراد الأسرة أو جار قريب أن يتولى المسؤولية لساعات قليلة أسبوعياً.

٢. حافظوا على صحتكم الجسدية

- احرصوا على النوم الكافي (٦-٨ ساعات يومياً)
- تناولوا وجبات صحية ومنتظمة
- مارسوا نشاطاً بدنياً خفيفاً (حتى لو مجرد المشي ١٥ دقيقة)
- استخدموا تقنيات النقل الآمن لحماية ظهركم

٣. لا تهملوا صحتكم النفسية

- تحدثوا عن مشاعرهم مع شخص تثقون به
- لا تشعرعوا بالذنب عند الشعور بالإحباط أو التعب
- انضموا لمجموعات دعم مقدمي الرعاية (إن وجدت في منطقتكم)
- اطلبوا المشورة النفسية إذا شعرتهم بالحاجة لذلك

٤. وزعوا المسؤوليات

لا تتحملوا كل شيء وحدكم. شاركوا أفراد الأسرة في مهام الرعاية المختلفة، حتى لو كانت مهاماً بسيطة مثل:

- تحضير الطعام
- مرافقة المريض في جلسات العلاج
- التسوق وشراء المستلزمات
- الجلوس مع المريض لمدة ساعة يومياً

تقبّلوا المشاعر المختلطة

من الطبيعي تماماً أن تشعروا أحياناً بـ:

- الإحباط من بطء التقدم
- الغضب من عدم تعاون المريض
- الحزن على تدهور حالته
- الملل من الروتين اليومي المتكرر

تنبيه مهم:

تذكّروا: الشعور بهذه المشاعر لا يعني أنكم تقصّرون في الرعاية، بل يعني أنكم بشر طبيعيون لهم حدود. اعترفوا بهذه المشاعر، ولا تكبتها.

متى تطلبون المساعدة المهنية؟

لا تترددوا في طلب المساعدة المهنية من الفريق الطبي إذا:

- شعرتُم بالإرهاق الجسدي أو النفسي المستمر
- لاحظتُم تدهوراً ملحوظاً في صحة المريض
- واجهتُم صعوبة في التعامل مع سلوكيات معينة
- احتجتم لتعليم تقنيات رعاية متقدمة
- أردتم تقييماً شاملاً لحالة المريض

احتفلوا بالإنجازات الصغيرة

في رحلة الرعاية المنزلية، قد تبدو التحديات كبيرة والتقدم بطيئاً. لكن لا تنسوا الاحتفال بكل إنجاز مهما كان صغيراً:

- والدكم استطاع الوقوف بمفرده لثوانٍ إضافية
- والدتكم تناولت وجبتها بشهية أفضل اليوم
- المريض ابتسم أو ضحك على موقف ما
- تمكنتُم من نقله بطريقة أكثر سلاسة
- مرّ يوم كامل دون سقوط أو مشكلة صحية

هذه الإنجازات الصغيرة هي ما يبني التقدم الكبير مع الوقت.

رسالة إلى المريض وأسرته

إلى المريض:

نعلم أن فقدان الاستقلالية صعب، وأن الاعتماد على الآخرين قد يكون محبطاً. لكن تذكر أن تعاونك مع أسرتك والفريق الطبي هو مفتاح تحسّن حالتك. كل تمرين تؤديه، وكل خطوة تخطوها، وكل محاولة تقوم بها — كلها خطوات نحو استعادة قوتك واستقلاليتك.

إلى الأسرة:

أنتم تقومون بعمل عظيم، حتى لو لم تشعروا بذلك أحياناً. صبركم، وتفانيكم، ومحبتكم — كل هذا يحدث فرقاً كبيراً في حياة من تحبون. لا تستهينوا أبداً بقيمة ما تقدمونه.

كلمة أخيرة

هذا الكتاب ليس مجرد دليل تقني للعلاج الطبيعي، بل هو دعوة لكل أسرة لأن تكون شريكاً فعالاً في رحلة الشفاء والتأهيل. إن المعرفة التي اكتسبتموها من هذا الكتاب، مع الصبر والمحبة اللذين تحملونهما في قلوبكم، ستجعلان من رعايتكم ل كبار السن تجربة أكثر أماناً، وفعالية، وإنسانية.

أتمنى لكم ولمن تحبون الصحة والعافية، ولكم جميعاً القوة والصبر في هذه الرحلة.

عبدالكريم بن محمد الدوسري

أخصائي علاج طبيعي

٢٠٢٥م

مسرّد المصطلحات الطبية

تعريف: هذا المسرد يحتوي على أهم المصطلحات الطبية والتأهيلية الواردة في الكتاب، مع شرح مبسّط لكل مصطلح لتسهيل الفهم على الأسر ومقدمي الرعاية.



حرف الألف – أ

أنشطة الحياة اليومية (ADLs): الأنشطة الأساسية التي يقوم بها الإنسان يومياً مثل الأكل، الشرب، الاستحمام، ارتداء الملابس، والتنقل.

إعادة التأهيل (Rehabilitation): عملية منظّمة تهدف لاستعادة القدرات الحركية والوظيفية بعد الإصابة أو المرض.

الاستقلالية الوظيفية (Functional Independence): قدرة الشخص على أداء مهامه اليومية دون مساعدة الآخرين.

الانقباض (Contracture): تيبس دائم في المفصل يحدث نتيجة قلة الحركة لفترة طويلة، مما يؤدي لتقصير العضلات والأوتار.

الالتهاب الرئوي (Pneumonia): عدوى تصيب الرئتين، شائعة عند المرضى طريحي الفراش بسبب تراكم السوائل وضعف التنفس.



حرف الباء — ب

برنامج التمارين المنزلية (Home Exercise Program): مجموعة من التمارين المصممة خصيصاً للمريض ليؤديها في المنزل تحت إشراف الأسرة.

البتر (Amputation): إزالة جراحية لجزء من الطرف (ذراع أو ساق) نتيجة إصابة أو مرض.



حرف التاء — ت

التوازن الثابت (Static Balance): القدرة على الحفاظ على الاستقرار أثناء الوقوف أو الجلوس دون حركة.

التوازن الديناميكي (Dynamic Balance): القدرة على الحفاظ على الاستقرار أثناء الحركة مثل المشي أو تغيير الاتجاه.

التشنج العضلي (Spasticity): زيادة غير طبيعية في توتر العضلات، شائعة بعد الجلطات الدماغية أو إصابات الحبل الشوكي.

تمارين المدى الحركي (Range of Motion Exercises): تمارين تهدف للحفاظ على مرونة المفاصل ومنع التيبس.

التهاب الوريد الخثاري (Thrombophlebitis): التهاب في جدار الوريد مع تكوّن جلطة دموية، خطر شائع عند المرضى قليلي الحركة.



حرف الجيم – ج

الجلطة الدماغية (Stroke / CVA): انقطاع تدفق الدم لجزء من الدماغ، مما يسبب تلفاً في خلايا المخ وفقداناً للوظائف الحركية أو الحسية.

جهاز المشاية (Walker): جهاز مساعد على المشي يوفر دعماً ثابتاً ومتوازناً، مناسب لكبار السن وضعيفي التوازن.



حرف الحاء – ح

الحمل الجزئي على الطرف (Partial Weight Bearing): قدرة المريض على وضع جزء فقط من وزنه على الطرف المصاب أثناء المشي.



حرف الخاء — خ

خشونة المفاصل (Osteoarthritis): تآكل تدريجي في الغضروف المحيط بالمفصل، يسبب ألماً وتيبساً وصعوبة في الحركة.
الخمول البدني (Physical Inactivity): قلة الحركة والنشاط البدني، عامل خطر رئيسي لضعف العضلات وأمراض القلب.



حرف الدال — د

الدوار (Vertigo): شعور بأن المحيط يدور أو أن الشخص نفسه يدور، قد يكون مؤشراً على مشاكل في الأذن الداخلية أو الدماغ.



حرف الراء — ر

الرعاية الصحية المنزلية (Home Healthcare): خدمات طبية وتمريضية وتأهيلية تُقدّم للمريض في منزله بدلاً من المستشفى.

الرعاية المديدة (Long-term Care): رعاية طبية وتمريضية مستمرة للمرضى الذين يحتاجون مساعدة طويلة الأمد في أنشطة الحياة اليومية.



حرف السين — س

السقوط (Fall): فقدان التوازن والهبوط على الأرض بشكل غير مقصود، خطر صحي كبير لكبار السن.

سوء التغذية (Malnutrition): نقص أو عدم توازن في العناصر الغذائية الضرورية، شائع عند كبار السن وطريحي الفراش.

الساركوبينيا (Sarcopenia): فقدان تدريجي في كتلة العضلات وقوتها مع التقدم في العمر.



حرف الشين — ش

الشرقة / الاختناق (Choking / Aspiration): دخول الطعام أو السوائل إلى مجرى التنفس بدلاً من المريء، خطر صحي خطير قد يسبب الاختناق أو الالتهاب الرئوي.

الشلل النصفي (Hemiplegia): فقدان كامل للحركة في نصف الجسم (ذراع وساق) عادةً بعد جلطة دماغية.

الشد العضلي (Muscle Strain): تمزق صغير في ألياف العضلة نتيجة حركة مفاجئة أو تمرين مفرط.



حرف الصاد — ص

الصلابة / التيبس (Stiffness): صعوبة في تحريك المفصل بسلاسة، غالباً بسبب قلة الحركة أو التهاب المفاصل.



حرف الضاد — ض

الضمور العضلي (Muscle Atrophy): انكماش وضعف في العضلات نتيجة قلة الاستخدام أو مرض عصبي.

ضغط الدم الانتصابي (Orthostatic Hypotension): انخفاض مفاجئ في ضغط الدم عند الوقوف، يسبب دواراً وخطر السقوط.



حرف الطاء — ط

طريح الفراش (Bedridden): شخص غير قادر على مغادرة السرير بسبب مرض أو إعاقة شديدة.

الطرف الاصطناعي (Prosthesis): جهاز صناعي يستخدم لتعويض طرف مبتور.



حرف العين — ع

العلاج الطبيعي (Physical Therapy / Physiotherapy): تخصص طبي يستخدم التمارين، الحركة، والتقنيات اليدوية لاستعادة الوظائف الحركية وتخفيف الألم.

العلاج الوظيفي (Occupational Therapy): تخصص يساعد المرضى على استعادة القدرة على أداء أنشطتهم اليومية بأمان واستقلالية.

العصا (Cane): جهاز مساعد بسيط على المشي، يوفر دعماً جزئياً ويحسن التوازن.

العصا رباعية القوائم (Quad Cane): عصا لها أربع قوائم في القاعدة، توفر استقراراً أكبر من العصا العادية.



حرف الغين — غ

الغرغرينا (Gangrene): موت الأنسجة نتيجة انقطاع تدفق الدم، خطر خطير عند مرضى السكري وقرح الفراش المهملة.



حرف القاف – ق

قرحة الفراش (Pressure Ulcer / Bedsore): جرح في الجلد ينشأ نتيجة الضغط المستمر على منطقة معينة، خطر شائع عند طريحي الفراش.

القوة العضلية (Muscle Strength): قدرة العضلة على إنتاج قوة ضد مقاومة.

قياس درجة الاستقلالية (Independence Level): تقييم قدرة المريض على أداء المهام اليومية دون مساعدة، يُستخدم لمتابعة التقدم.



حرف الكاف – ك

الكرسي المتحرك (Wheelchair): كرسي ذو عجلات يستخدمه الأشخاص غير القادرين على المشي للتنقل بأمان واستقلالية.

كسر الورك (Hip Fracture): كسر في أعلى عظمة الفخذ، شائع عند كبار السن وخطير جداً.

الكثافة العضلية (Muscle Mass): حجم العضلات في الجسم، تنخفض مع التقدم في العمر وقلة الحركة.



حرف الميم — م

المشاية ذات العجلات (Rollator): مشاية لها عجلات ومكابح، تسهل الحركة وتقلل الجهد مقارنة بالمشاية التقليدية.

المدى الحركي (Range of Motion): مقدار الحركة المتاحة في مفصل معين، يُقاس بالدرجات.

مركز الثقل (Center of Gravity): النقطة التي يتوزع حولها وزن الجسم بالتساوي، تغييره يؤثر على التوازن.

المقاومة التدريجية (Progressive Resistance): زيادة تدريجية في صعوبة التمارين لتحسين القوة العضلية بأمان.



حرف النون — ن

النقل الآمن (Safe Transfer): تقنيات صحيحة لنقل المريض من السرير للكرسي أو العكس دون إصابة.

نوبة نقص تروية عابرة (TIA): "جلطة صغيرة" مؤقتة تسبب أعراضاً عصبية لفترة قصيرة ثم تزول، علامة تحذيرية لجلطة كبيرة محتملة.



حرف الهاء — ه

هشاشة العظام (Osteoporosis): ضعف وترقق في العظام يزيد من خطر الكسور، شائع عند النساء بعد سن اليأس.

الهذيان (Delirium): حالة من الارتباك الحاد وتغيّر مفاجئ في الوعي، قد تحدث عند كبار السن بسبب عدوى أو أدوية.



حرف الواو — و

الوذمة (Edema): تجمع السوائل في الأنسجة يسبب انتفاخاً، شائع في القدمين عند المرضى قليلي الحركة.

الوقاية من السقوط (Fall Prevention): إجراءات وتعديلات بيئية تهدف لتقليل خطر السقوط عند كبار السن.

ملاحظة: هذا المسرد يغطي المصطلحات الأساسية الواردة في الكتاب. للمزيد من التفاصيل، يُرجى الرجوع للفصول ذات العلاقة أو استشارة الفريق الطبي.