مجلة بحوث كلية الآداب
جامعة المنوفية

البحث
٤

الحالة العقلية لدى المسنين ومرضى العته والفصام

إعداد

د / جبر محمد جبر

كلية الآداب - جامعة المنوفية

محكمة تصدرها كلية آداب المنوفية

العدد التاسع والأربعون ابريل ٢٠٠٢

الحالة العقلية لدى المسنين ومرضى العته و الفصام

إعداد الدكتور / جبر محمد جبر

مقدمة :

المسنون آباؤنا وأجدادنا ، أوصانا بهم الله إحسانا "إما يبلغن عندك الكبر أحدهما أو كلاهما فلا تقل لهما أف ولاتنهرهما ، وقل لهما قولا كريما ، واخفض لهما جناح الذل من الرحمة ، وقل رب ارحمهما كما ربياني صغيرا ". (الإسراء ، ٢٣-٢٤) . هم الخبرة التى نحتاجها لنواصل مسيرة التقدم ، فحكمة الشيوخ تقود حمية الشباب ، فالشيخوخة ليست بالضرورة مرحلة توقف الإنتاج العقلى أو البدنى ، فالحكمة والمشورة والخبرة ثمار التقدم فى العمر .

يؤيد هذا الرأى عدد من البحوث التى ترى أن القدرة العقلية لم تتأثر بتقدم العمر مثل بالتز و سكاى Baltes & schaie (١٩٧٤) هالة العمران (١٩٨٤) و فاطمة المصرى (١٩٨٥) ، محمد سمير عبد الفتاح (١٩٨٨) ، بينما فريق آخر يرى أن القدرة العقلية للمسنين تتدهور مثل : جيلبرت Gelbrt (١٩٧٧) فى جابر عبد الحميد (١٩٧٧) ، ماجدة عمار (١٩٨٧) ، عبد اللطيف خليفة (١٩٩١) ، محمد صبور (١٩٩١) ، محمد فهمى (١٩٩٥) و Frisoni (١٩٩٩) .. فريق ثالث يرى أن المسنين بين ٦٠-٧٥ عاما تظل قدراتهم العقلية ناضجة ثم تنحدر بعد ذلك مثل بوتوينك Botwinic (١٩٨١) ويرى هورن ودونالدسون Horn & Donaldson , 1980 فى (Santrock , 1997,P.553) أن بعض الناس تزداد عندهم المهارات اللغوية والمعلومات بالتقدم فى العمر ، بينما الذكاء العام كالقدرة السببية والتلخيص تقل ، ويرى Baltes,1993 فى وودز (٢٠٠٠ :٤٨٦) وسانتروك (Ibid,554) ان القدرة العقلية تزداد أحيانا وتقل أحيانا أخرى وتستقر عند بعض المسنين .

الرأى الأول يوجب علينا تدعيم دورهم الاجتماعى والعلمى والتربوى ، فيكونوا دعما لمسيرة التنمية لاعبئا عليها ، والرأى الثانى يوجب علينا رعايتهم بدنيا ونفسيا وعقليا ، والرأى الثالث يجمع بينهما ، خاصة وأن نسبتهم تتزايد عاماً بعد عام نتيجة للرعاية الصحية والتقدم العلمى ، ففى مصر كانت نسبتهم ٣.٣ % عام ١٩٩٨ طبقا لتقارير منظمة الصحة العالمية (سعيد نور الدين ، ٢٠٠١) ، تتزايد هذه النسبة باستمرار (عايدة عبد الحميد ، ٢٠٠١) ، حيث وصلت عام ٢٠٠٠ إلى ٦,٣ % ومتوقع أن تصل ١١,٣ % عام ٢٠٢٥ أى مايقرب من ١١ مليون نسمة (محمد حسن ،٢٠٠١ ؛عبد الحليم محمود،زين العابدين درويش ، ٢٠٠١)

، وفى العالم العربى نسبتهم ٣,١٧% تصل إلى ١٠% عام ٢٠٢٠ ، وأقل نسبة فى الإمارات العربية ١,١ % وأعلى نسبة فى تونس ٧,٤% ثم المغرب ٤,٩% فلبنان ٤% . لذلك اهتم المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية بهذه الزيادة ولفت نظر بلاد شرق المتوسط إلى تطوير الخدمات الصحية والاجتماعية للمسنين واعتبرذلك من أولوياته (سعيدنورالدين ، ٢٠٠١: ١٣) وعلى المستوى العالمى شهدت السنوات الأخيرة زيادة حادة فى أعداد المسنين ، حيث بلغت ١١% لمن تجاوز الخامسة والستين (Santrock,1997,P.563) ويبلغ تعدادهم ٤١٠ مليونا عام ٢٠٠٠ . فى أمريكا نسبة من بلغ ٦٥ عاما ١٣% سوف يتضاعفون بعد ٣٠سنة . والأكثر سن ٨٥ عاما ٣,٧مليونا سوف يصبحون ٨,٥ مليونا (Goldberg,2000). هذه الزيادة تحدث فى البلدات النامية بصورة أعلى من البلدان المتقدمة ، ففرنسا تحتاج ١١٥ عاما لمضاعفة نسبة مسنيها من ٧ إلى ١٤% بينما تحتاج تونس ١٥ عاما فقط لتحقيق هذه الزيادة (سعيد نور الدين ، ٢٠٠١) لذلك تمثل هذه الزيادة تحديا مهما للإخصائيين النفسيين الإكلينيكيين ليطوروا طرقا تسهم فى سعادة ورفاهية المسنين (وودز ، ٢٠٠٠ :٤٨١)

موضوع البحث وأهميته :

التقدم فى العمر Elderly أو الشيخوخة Senescence ، عملية بيولوجية طبيعية تتعرض لها جميع الكائنات الحية ، وتبدأ فى سن مثيرة لايمكن منعها أو إيقافها ، ولكن يمكن تأخير مظاهرها وتقليل مخاطرها (محمد بشير ، ١٩٩٧ :٢٣) بدأ الاهتمام بها علميا منذ ١٩٤٥ مع صدور أول مجلة عن الشيخوخة Journal of Gerontology (عبد الرحمن العيسوى ، ١٩٨٩ :٩)

مراحل الشيخوخة :

تنقسم الشيخوخة إلى مرحلتين :-

١- صغار المسنين أو المسنين الفتيان Yong old أو الشيخوخة المبكرة وتتراوح أعمارهم من ٦٠الى ٧٥ عاما وهم مازالوا على قدر من الفعالية والإنتاجية والحيوية بدنيا وعقليا ، قادرين على رعاية أنفسهم .فسن الخامسة والستين ليست سن توقف التفكير ، لكنها مرحلة بداية نوع جديد من التفكير (هالة عمران . ١٩٨٤ : ٤٥)

٢- كبار السن : Elders الذين تجاوزوا الخامسة والسبعين من العمر ويتصفون بالضعف والتعرض للخطر وأغلبهم يعانون من الاضطرابات العضوية والنفسية والعقلية نظرا لتراجع وظائف الأعضاء ، لذلك يصبحون أكثر احتياجا للآخرين (عبد اللطيف خليفة ، ١٩٩١ : ٤٨ ؛ محمد بشير ، ١٩٩٧ : ٢٦ ، سعيد نور الدين ، ٢٠٠١ : ١٤) .

تحدد الشيخوخة بعدة معايير هى :

أ- العمر الزمنى : أجمع الباحثون والكتاب على سن التقاعد عن العمل فى نهاية العقد السادس (شاهيناز عبد الهادى ، ١٩٨٦ ؛ محمد سمير عبد الفتاح ، ١٩٨٨ ؛ حنان حسن ، ١٩٩٤ ؛ محمد بشير ، ١٩٩٧) . إلا أن محمد سمير عبد الفتاح (١٩٨٨) يرى أن التقاعد عن العمل غير مرتبط بهذه السن .

ب- وظائف الأعضاء : يحدث الاضمحلال الجسمى فى البناء والوظيفة ونقص التمثيل الغذائى والإفراز الغدى وضعف قوة دفع الدم وتغيرات عصبية (هدى قناوى ، ١٩٨٧ : ١٧ ؛ عبد اللطيف خليفة ، ١٩٩١ : ٤) فمشاكل المسنين الفردية تتعلق بنقص الطاقة الحيوية (سلوى عبد الباقى ، ٢٠٠١ : ٤٩) وزيادة المشكلات الصحية العضوية كالضعف العام وارتفاع ضغط الدم وضعف السمع والبصر لأكثر من ٥٠% ، أمراض القلب ٣٠% ، هشاشة العظام ٢٥% كما تزداد أمراض الأجهزة الهضمية والبولية والتناسلية والتنفسية واضطراب الهرمونات لديهم (شامل ضياء الدين ،٢٠٠١ ؛ Perlmutter,1992,P.158 ، Bush ,1998، Paradox ,2001)

هذا النقص يختلف من إنسان لآخر فنرى أشخاصا مستقرون بل إن البعض تتحسن وظائفهم ، كما أن بروفيل أداء الفرد يختلف من موقف لآخر (بالتس ولينديبرجر Balts & Lindenberger ، ١٩٨٨ فى وودز (٢٠٠٠ :٤٨٦) ومن مجتمع لآخر ، فالمصريون تظهر عليهم أعراض الشيخوخة مبكرا ويظهر الضعف فى وظائف الأعضاء بعد الستين . بينما فى أوربا وشرق آسيا تظهر متأخرة حيث تبدأ من سن السبعين (Paradox , 2001) . ويرى عبد الرحمن العيسوى (١٩٨٩: ٤٢) أن هذا يحدث نتيجة خلل فى الدورة الدموية المخية مع اضطراب فى خلايا المخ ، وزيادة التوتر ونقص استهلاك الأكسوجين ونقص الفيتامينات وحالات التسمم الناتج عن تناول الأدوية .

" الله الذى خلقكم من ضعف ، ثم جعل من بعد ضعف قوة ، ثم جعل من بعد قوة ضعفا وشيبة " (الروم ، ٥٤) فقد قرن الخالق بين الضعف والمشيب .

ج- الدور : نظرا لضعف وظائف الأعضاء والاضطرابات البيولوجية يصبح المرء غير قادر على أداء دوره المنوط به فى الحياة على الوجه الأكمل فالمرض عدم قدرة العضو على أداء دوره كليا أو جزئيا ، والمسن يؤدى دورة جزئيا ، بحكم قانون التقاعد ، ونقص كفاءة الأعضاء والاضطراب البيولوجى . وتؤكد سلوى عبد الباقى (٢٠٠١ : ٤٩) أن مشاكلهم الاجتماعية تتعلق بالإنسحاب من الأنشطة التى تحتاج إلى القوة .فنظره المجتمع إلى القدرة العقلية عند المسنين تلعب دورا مهماً فى الاسراع بهذا التدهور أو بطئه .(هالة العمران ،١٩٨٤ : ٤٥)

د- التوافق النفسى والتكيف الاجتماعى : نظرا لعدم قدرة المرء على آداء دوره المنوط به فى الحياة كليا أو جزئيا فإن قدرته على التوافق النفسى والتكيف الاجتماعى تتأثر سلبا ، نظرا لضعف بعض وظائف الشخصية كالإحساس والإدراك والتفكير والإنجاز ، تسمى ذلك هدى قناوى (١٩٨٧: ٥١) بالشيخوخة النفسية ، حيث تقل إمكانية التوافق النفسى والتكيف الاجتماعى ، وبضعف استخدام الإمكانات الجسمية والنفسية والعقلية فى مواجهة ضغوط الحياة لدرجة لايمكن معها الوفاء الكامل بالمطالب البيئية أو تحقيق قدر من الإشباع لحاجاته المختلفة .

أى أن التغيرات الفسيولوجية والبيولوجية والاجتماعية والنفسية للمسنين يترتب عليها كثير من المشكلات التى تعوق توافقهم مع أنفسهم وتكيفهم مع أسرهم والمجتمع المحيط (محمد حسن ، ٢٠٠١ : ١٨٠) . وتزداد الأمراض النفسية والعقلية فيختل الوعى والانتباه وعدم القدرة على التركيز وظهور بعض الهلاوس السمعية والبصرية واختلال الذاكرة القريبة والبعيدة ، وخلل فى الوظائف المعرفية للمخ مثل عدم القدرة على التصرف واتخاذ القرار ، وعدم القدرة على التميز بين الأشياء وعدم إدراك الزمان والمكان والأشخاص ، ومن أسباب ذلك مرض الزهيمر Alzheimer وتصلب شرايين المخ نتيجة لارتفاع ضغط الدم والاكتئاب (شامل ضياء الدين ، ٢٠٠١ ، Perlmutter ,1997 ,P.158) ويحدث التصلب نتيجة ارتفاع نسبة الدهون فى الدم فتؤدى إلى انسداد الشرايين التى تغذى الدماغ فتتأثر بعض مناطقها(عبدالرحمن العيسوى،١٩٨٩: ٤٣) فقد وجدت هالة العمران (١٩٨٤ : ٨٤) و (Frisoni ,1999) ارتباطاً بين زيادة الأمراض العضوية

فى الشيخوخة وانخفاض الأداء العقلى ، كما وجدت سلوى عبد الباقى (٢٠٠١ ، ٥٠) اقترانا بين الأمراض العقلية والجسمية للمسنين . إلا أن البيئتين الاجتماعية والعاطفية التى يعيشها المسن لهما دور مهم فى مدى صحتهم البدنية والنفسية وفى تأخير سرعة التدهور العقلى (هالة العمران ، ١٩٨٤ : ٤٥) ، فقد وجدت هدى حسن (١٩٨٨) فى هدى حسن (٢٠٠١) و بيرلميتر Berlmutter (1992,P.165) أنه كلما زاد التوافق النفسى للمسن تحسن أداءه الحركى والجسمى بوجه عام ، كما وجدت هدى حسن (٢٠٠١) أن حالتهم النفسية تتحسن بالموسيقى ، ويرى سعيد نور الدين (٢٠٠١) أن الذى يزيد من معاناتهم عدم وجود وحدات لطب المسنين وعدم توافر أجنحة خاصة بهم فى المستشفيات ، فيعاملوا معاملة المرضى العاديين نظرا لعدم وجود متخصصين مدربين لهذا الغرض فى كل بلدان شرق المتوسط . بينما الولايات المتحدة تصرف عليهم كما يقول بيرنس وزملاءه Burns, et al. (1996) فى (Santrock,1997,P.562) فى مجال الصحة العقلية فقط ٤٠ بليون دولار فى العام .

من المشكلات التى يعانيها المسنين أيضا العته Dementia الذى غالبا ما يحدث لهم ، إلا أنه يمكن أن يحدث فى أى سن (Gall ,1996,P.99)، يوجد بنسبة ٥٠% بين من تجاوزوا الخامسة والستين وتتأثر الوظائف المعرفية عندهم بشدة وتتأثر عند ١٠%منهم بدرجة متوسطة ، Perlmutter , 1992) (P.159 وتوجد بنسبة ٤% بين من تتراوح أعمارهم بين ٧٥ إلى ٨٤ عاما ، وبنسبة ١٠ إلى ١٤ % لدى من هم أكثر من ٨٥ عاما وتصل إلى ٤٧ % لمن تجاوزوا ٨٥ عاما (Gall, 1996 , P.100) لذلك يعتبره عبد الرحمن العيسوى (١٩٨٩ : ٦٤) من أظهر الأمراض العقلية فى الشيخوخة ويمثل آخر مرحلة للتدهور النفسى الذى يصاحب التدهور العضوى .

مما سبق يتضح الآتى :

١- الشيخوخة إحدى مراحل النمو الأساسية التى يعنى بها علم النفس ، ولكنها مرحلة غير مغرية للباحثين مقارنة بالطفولة والمراهقة والرشد لذلك فالبحوث التى تناولتها لا تتناسب كما وكيفا مع أهمية هذه المرحلة بمشكلاتها النفسية والعقلية والاجتماعية والصحية والاقتصادية (محمد فهمى ، ١٩٩٥ ؛ ١٠)

٢- التزايد العالمى لدراسات المسنين يوفر قدرا من المعلومات لم يكن متاحا من قبل (عبد الحليم محمود ، زين العابدين درويش ، ٢٠٠١) .

٣- ضآلة الاهتمام المحلى بدراسات المسنين ، وعدم وجود خطة قومية لتوجيه دراسات وخدمات المسنين وإعداد كوادر مؤهلة لرعايتهم ، فالحاجة ملحة لإجراء بحوث كثيرة فى مجتمعنا بوجه خاص عن تأثير مختلف المتغيرات على الصحة النفسية للفرد فى مراحل عمرة المتقدمة (المرجع السابق) ، هذا الاهتمام القليل اختص بمشكلتى التوافق النفسى خاصة القلق والاكتئاب ، والتكيف الاجتماعى ، بينما جاء الاهتمام بالقدرة العقلية متأخرا عن قرنائه فى البحوث الأجنبية مايقرب من نصف قرن ، مما يوحى أن الظاهرة فى حاجة إلى العديد من البحوث فى مجال القدرات العقلية لدى كبار السن (محمد سمير عبد الفتاح ، ١٩٨٨ : ٣٥) .

٤- الحاجة لجهود الأطباء المتخصصين والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين لمساعدة هذه الفئة ، فإذا كانت العلوم الطبية قد نجحت فى زيادة عمر الإنسان ، فيجب على العلوم الإنسانية أن تجعله سعيدا .(عبد الرحمن العيسوى ، ١٩٨٩ :١٣)

٥- تناقض نتائج البحوث عن الحالة العقلية كما سبق أن وضح الباحث

٦- الاهتمام العالمى بالمسنين حيث اعتبرت الأمم المتحدة عام ١٩٩٩ عاما للمسنين .

لذلك رأى الباحث الحالى أن يبحث فى الحالة العقلية للمسنين ، حيث أشارت بعض الدراسات إلى أنهم يعانون من العته واختلال الوعى والإدراك والانتباه واختلال الذاكرة وظهور بعض الهلاوس وهى أعراض فصامية ، بل إن كثيرا من الباحثين أشار إلى فصام الشيخوخة أو البرافرينيا Paraphrenia . لذا يجب المقارنة بين المسنين ومرضى العته والفصام .

مشكلة البحث :

العقل زينة المرء وثنى أمرة ، إن صح سلمت الحياة ، وإن اختل فقد المرء هويته وطمس تاريخه وفقد مستقبله ، وكبار السن منهم من احتفظ بهذه القدرة ، بل زادت ثراء وإبهارا ، بداية من عثمان بن عفان إلى شوامخ العلم والمعرفة فى عالمنا المعاصر ، ومنهم من اختلت قدرتهم العقلية ، فأصبحوا فى حاجة إلى الرعاية ، فكيف ندرك هذا الاختلال وما مداه ؟ وما الفرق بين الحالة العقلية للمسنين ومرضى العته و الفصام ؟

أهداف البحث .

١- يهدف البحث الحالى إلى تعريب وتجريب اختبار الحالة العقلية المختصر .

٢- تقدير مستويات الحالة العقلية للمسنين ومقارنتها بمرضى العته والفصام ، مما يساعد الأسر والمختصين على كيفية التعامل مع مشكلات المسنين العقلية ، وتوفير مناخ مناسب لهم إكراما لسابق عطائهم .

٣- الاهتمام بفئة عمريه فى حاجة لهذا الاهتمام ، لأن إهمالها قد ينعكس على أنماط شخصياتهم ويعرضهم للتوتر والاضطراب النفسى هم وأسرهم (سيركامل ،١٩٨٧ : ١٨)

حدود البحث .

تتحدد نتائج هذا البحث بعينته والأداة المستخدمة والأساليب الإحصائية المتبعة والفترة الزمنية التى أجرى فيها عام ٢٠٠١

مفاهيم البحث : تحليلها وتحديدها .

١- الحالة العقلية : Mental state

حالة الفرد كما تتضح من الفحص العقلى المنتظم ، الذى يتناول الجوانب الصحية العامة ، المزاج ، الكلام ، التواصل ، النشاط التفكيرى ، التفكير ، المشاعر ، القدرة على التحكم ، والذكاء (Basavanna , 2000 , P.248)

٢- الشيخوخة : Senescence (Elderly Aging)

عملية ضعف تبدأ فى منتصف العمر تحدث فى جسم الإنسان و القدرات العقلية والوظيفية ، تصاحبها أمراض قاتلة فى الجهازين الدورى والهضمى ، والامراض الشائعة بين المسنين الزهيمر والتهاب المفاصل وأمراض القلب والاكتئاب لذلك يعرفها عبد الرحمن العيسوى(١٩٨٩ :١١) بأنها : "فقدان القدرة العقلية والجسمية لدى كبار السن " .

ويعرض (Paradox ,2001) خمس نظريات تفسر أسباب الشيخوخة وأعراضها :

١- نظرية عداد العمر أو برمجة الشيخوخة : فخلايا جسم الإنسان تتقدم فى العمر ، فبعضها يمكنه أن يعيد شبابه ٥ مرات، والبعض يموت أسرع من الآخر ، وعندما تموت الخلايا لا تستطيع الأعضاء القيام بوظائفها الضرورية للحياة ويضيف (Santrock . 1997 P.534) أن

الانسان يفقد عدد من الخلايا العصبية تصل إلى ٥٠ % عند المسنين . ويرى عبد الرحمن العيسوى (١٩٨٩ : ٤٣) أن ١٠٠٠٠ خلية عصبية تموت فى اليـــوم لذلـك يحـدث الضمور Atrophy

٢- نظرية الجينات : فخلايا الإنسان تحمى نواتها من الهدم فى مستوى الكروموزمات (فعندما تتكسر الكروموزمات تبدأ الخلايا فى الانتحار)ويؤكد عزت سيد احمد(١٩٨٤ : ٦-٧) أن تغيرات تحدث فى الحمض النووى RNA وهو المسئول عن الذاكرة

٣- نظرية النسيج الضام : التغيرات التى تحدث فى تركيب النسيج الضام تغير بنـــاء الجســم وتؤدى إلى فقدان مرونته وضعف وظائفه فتظهر أعراض الشيخوخة فالخلايـــا تتعـــرض للتفكك والضعف وتقل مساحتها بنسبة ٢٠% (Santrock , 1997 , PP. 531-2) .

٤- نظرية التغيرات السريعة الحرة : فردود الأفعال الكيميائية للخلايا تـــؤدى إلى تغـــيرات سريعة فى تحضير الأكسوجين ، مما يؤدى إلى تعطل أو تدمير خلايا الجسم ، وكلما تقـــدم الإنسان فى العمر ماتت الخلايا أو فقدت قدرتها على العمل .

٥- نظرية المناعة : ضعف الجهاز المناعى يجعل الجسد فريسة للمرض وبالتالى للوفاة ، فكلمـــا كان الجهاز المناعى ضعيفا كلما أصبح الجسد واهنا .

الشيخوخة إذن مجموعة التغيرات التى تحدث على المستويين البنائى والوظيفى وتشمل الجوانـــب البيولوجية والنفسية والاجتماعية (Basavanna,2000,P.12) تحددها عوامل وراثية وعوامل مهينـــة تكوينية مع عوامل أخرى لاتخضع للتفسير (عبد الرحمن العيسوى ، ١٩٨٩ : ٤٢)

ويعرفها الباحث الحالى بأنها : إحدى مراحل النمو النفسى الجنسى ، تحدث خلالها تغيرات ســـلبية بيولوجيا ونفسيا وعقليا واجتماعيا نظرا لقصور العمليات البيولوجية وضعف الأعضاء عنـــد أداء وظائفها .

٣- العته :

العته مصطلح شامل لأى اضطراب عصبى Nourological يعانى منه ٥% ممن تجاوزوا ٦٥ عامـــا وينتشر بين من تجاوزوا الثمانين (وودز ، ٢٠٠٠ : ٥١١) العرض الأولى فيه ارتداد الوظـــائف العقلية ومهارات رعاية الذات تدريجيا ، لذلك فهو أكثر الاضطرابات العقلية تعقيـــدا وأثـــرا فى الشيخوخة (وودز ، ٢٠٠٠ :٥١١ ; (Connolly & Williams ,1993 in Santrock,1997 ,P.562

لذلك يسمى باضطراب المخ الاكلينيكى المزمن Chronic brain dysfunction أو ذهان الشيخوخة Geriopsychosis أو Senilepsychosis ويعتبر الزهيمر السبب الرئيسى لما يقرب من ٥٠-٨٠ % له (ايمن عبد الفتاح ، ١٩٩٧ ; Gall , 1996 ,P.100) والحالات التى تحدث بعد سن ٦٥ تسمى عته الشيخوخة Seniled أو الخرف ، أما التى تحدث قبل هذه السن تسمى بعته ماقبل الشيخوخة Preseniled أو الزهيمر ، وتؤكد الإحصاءات أنه يحدث بنسبة ١٧% بين الذين تتراوح أعمارهم من ٤٤ إلى ٥٩ عاما بينما عته الشيخوخة يحدث بنسبة ٨٣% بين من تتراوح أعمارهم من ٦٠ حتى أكثر من ٨٥ عاما ، ويحدث الزهيمر بين النساء اكثر من الرجال وأن أول علاماته عدم القدرة على الكتابة أو نقل الأشياء وضعف الذاكرة ويظهر المرض بطيئا . (Heston & White ,1983 in Perlmutter , 1992 , P.159.) هذا ما أكده عبد الرحمن العيسوى (١٩٨٩ : ٥٩) واحمد عكاشه (١٩٩٢ : ٣٦٥) . وقد أصبح الزهيمر أكثر أنواع العته شيوعا ووضوحا عن الأنواع الآخرى منذ السبعينات من القرن العشرين ويحدث الزهيمر نتيجة نقص أهم كيماويات المخ الذى يلعب دورا مهما فى الذاكرة وهو الاستيل كولين Acetylcholine (Santrock , 1997,P.563) . كذلك نتيجة ضمور الفصين الجبهى والصدغى بسبب العوامل الوراثية (احمد عكاشة ، ١٩٩٢ : ٣٦٥)

أما علاجه يكون عن طريق عقار التاكرين Tacrine إلى جانب الرعاية النفسية والأسرية المكلفة جدا لأن المريض غير قادر على رعاية نفسه كذلك يؤدى إلى اضطرابات نفسية كالاكتئاب عند ٥٠% من أسر المرضى (Gall,1996 , P.100; Santrock,1997,P.563) . ويؤكد موريس وزملاءه Morris et al (١٩٨٨) فى وودز (٢٠٠٠ : ٥١١) أن لهذه الاضطرابات تأثير واضح على عائلاتهم تصاحبها مستويات مرتفعة من التوتر والاكتئاب،ويرى احمد عكاشة (١٩٩٢ : ٣٦٩) استحالة علاج العته .

الشكل الثانى الرئيسى : العته الانسدادى المتعدد Multi infarct dementia أو Vascular dementia (جلطات المخ المتكررة) الذى يحدث نتيجة عدم وصول الدم إلى المخ مما يؤدى للوفاة فى ٢٠% من المرضى و ١٢ % من مرضى الزهيمر ، وتظهر أعراضه بداية من سن الخمسين وهو مرض شائع بين الرجال أكثر من النساء لأن هرمون الاستروجين Estrogen يحمى النساء من أمراض

الشرايين ، وأول أعراضه الصداع ، ونصف الحالات تبدأ بهجوم حاد مفاجئ ، وتضعف الذاكرة تدريجيا . (Perlmutter , 1992,P.162;Gall , 1996,P.100)

هناك أمراض أخرى تسبب العته مثل زمله أعراض باركينسونBarkinsson,s Disease وهينتجتون Huntington's وبيك Pick's و Creutzfeld Jakop كما أن ٢٩ إلى ٨٧% من مرضى الايدز AIDS يصابون بالعته(Gall ,1996,P.100 ; ايمن عبد الفتاح ، ١٩٩٧)

أهم أعراضه فقدان الذاكرة ، عدم القدرة على التعرف على الأشياء المألوفة Agnosia ، عدم القدرة على التعرف على الوجوه المألوفة Facial agnosia وعدم القدرة على معرفة الأماكن المألوفة Visio spatial impariment ، كما تظهر على المرضى اضطرابات انفعالية كالقلق والاكتئاب والعدوانية وتبلد العواطف ، ويعتبرها بعض الباحثين النفسيين أنها نتيجة للعته (Gall , 1996 , P.100) كما يحدث ارتداد الوظائف العقلية ، اضطراب الفهم ، تشتت الانتباه ، صعوبة التركيز ، اضمحلال الذاكرة للأحداث القريبة ثم تمتد لباقى حياة المريض ، اضطراب التعرف على الزمان ، تدهور القدرة على الحكم والتقدير السليم ، التأرجح فى درجة الانتباه ، وتغير وجدانى وسلوكى فى الشخصية . (احمد عكاشة ، ١٩٩٢ : ٣٦٩ -٧٢) . يعرفه عبد الرحمن العيسوى (١٩٨٩ : ١١) بأنه : " اضطراب مزمن يصيب كبار السن مع عجز فى أجزاء الدماغ وفقدان الذاكرة " . يعتبره نوعا من الذهان الذى يحدث جزئيا نتيجة التدهور الذى يحدث مع التقدم فى العمر (المرجع السابق : ٦٥) . ويعرفه احمد عكاشة (١٩٩٢ : ٣٦٩) بأنه تآكل وضمور فى المخ يؤدى الى اضمحلال مستمر فى القوى العقلية .

وتعرفه سوزان جال (Gall,1996,P.99) أنه تراجع تدريجى فى فعالية الوظائف العقلية والمعرفية ، كاللغة والذاكرة واتخاذ القرار .

مما سبق يتضح أن العته : اضطراب عضوى يتسم بتراجع تدريجى فى الوظائف العقلية والمعرفية كفقدان الذاكرة وعدم التعرف على الأشياء والأشخاص والمكان والزمان وضعف القدرة على الفهم والحكم والتقدير السليم وتشتت الانتباه وصعوبة التركيز تصاحبها اضطرابات انفعالية وسلوكية وتغير فى الشخصية .

٤- الفصام : Schizophrenia

واحد من اكثر الاضطرابات العقلية شدة وشيوعا ، يوجد فى جميع الأجناس والحضارات وينتشر بين الجنسين بنسبة واحده ، تتراوح من ١-٢% من مجموع السكان ، يتسم باضطراب التفكير والإدراك والانفعال والسلوك ، وتشيع فيه الهلاوس والخداعات

(Perlmutter, 1992,P.166;Ibid , P.318)

أول من تحدث عنه عالم النفس السويسرى يوجين بلويلر Bleuler, E. عام ١٩١١ والفصام كلمة من مقطعين ، أولهما : Schizo وتعنى الانفصام (الانشطار)، والثانية : Phrenia وتعنى العقل ، أى أنه انفصام (انشطار) العقل (Gall,1996,P.318) فتتفكك الشخصية ويعمل كل مكون من مكوناتها بمعزل عن الآخر ، فتتدهور الشخصية ، وتظهر الهلاوس والخداعات واضطرابات الكلام والتفكير والانفعال وانعدام الإرادة والعجز الاجتماعى وفقد الصلة بالواقع ، فالفصام انشطار العقل وانعدام السببية ، كان يسميه كريبلن Kraplin فى احمد عكاشة (١٩٩٢ : ١٤٤) وعبد الرحمن العيسوى (١٩٩٤ : ٢٥٤) بالعته المبكر Dementia Precox اعتقادا منه انه يتميز بالعته فى سن مبكرة عكس عته الشيخوخة .

للفصام عدة أنواع . البرانوى أو الاضطهادى Paranoid وهو الأكثر شيوعا حيث يمثل ٤٠% من المرضى ، ويحدث بعد العقد الثالث من العمر ، تشيع فيه الهلاوس والخداعات ، ويكون الإسقاط الميكانزم الرئيسى له ، الهيبفرينى Hebephrenic أو غير المنظم Disorganized أو فصام المراهقة ، وعلى الرغم من تشابهه مع البرانوى إلا أنه يتميز بالخلط الذهنى وضعف القدرة على ممارسة الحياة سلوك طفلى أحيانا ويحدث فى سن أصغر ، الكتاتونى التصلبى أو التخشبى Catatonic الذى يتسم بوضع معين قد يكون تصلبيا فلا يتغير وضعة أو شمعيا فيسهل تعديله ، يبدأ بنوبة هياج تنتهى بالسلبية التامة والانسحاب والجمود الحركى لساعات وأيام ، كذلك حالة باراكينسيا Parakinesia فيقوم المريض بحركات شاذة وغريبة ، وهو الأقل شيوعا بين مرضى الفصام حيث تتراوح نسبته والهيبفرينى من ٥-٨% ، الفصام البسيط Simple وهو أخطر أنواع الفصام نظرا لأن أعراضه تبدأ تدريجيا وتستغرق وقتا طويلا يبدأ من المراهقة ، ويوجد بنسبة ٨% (احمد عكاشة ، ١٩٩٢ ؛ سيلفانو ، ١٩٩١ ؛ عبد الرحمن العيسوى ، ١٩٩٤ ؛

(Gall,1996

من أنواعه أيضا البرافرينيا المتأخرة Late Paraphrenia أو فصام الشيخوخة ، أول من تحدث عنه الطبيب النفسى الألمانى مانفريد بلولير Bleuler,M. عام ١٩٤٣ ليصف أحد أشكال الفصام ، لذلك فهو مصطلح من الطب النفسى الألمانى ، فى الوقت الذى كان اهتمام الإنجليز والأمريكان به قليل ، حيث كانوا يستخدمون مصطلح فصام الشيخوخة فى طب المسنين ، والبرافرينيا المتأخرة تتضمن كل اضطرابات الضلالات التى تبدأ بعد الستين (Rossler , et al ,1995) وقد اهتمت البحوث خلال الخمسة عشر عاما الماضية بالأشكال البيوعصبية للبرافرينيا المتأخرة حيث تضطرب الوظائف العقلية نتيجة التغيرات التى تحدث فى بناء المخ ، لذلك تعتبر مرضا عضويا يحدث فى المخ بالتقدم فى العمر (Roth &Kay ,1998) ، وقد أشار هوارد (Howard , et al 1994 ; Haward ,1998) إلى التلف العقلى فى فصام الشيخوخة ، ويرى أن مضادات الذهان يمكن أن تحسن الوظائف العقلية لمرضى فصام كبار السن ، وأن عقار كولينرجيك Cholinergic يمكن أن يكون أكثر فعالية فى علاج القدرة العقلية لهم من علاج مرض الزهيمر ، وقد أشار أيضا هورنستين وزملاءه (Hornstein , et al ,1998) إلى فصام الشيخوخة . ويرى (Howard, et al ,1994) أنه اضطراب غير متجانس وأنه من الاضطرابات الرئيسية التى ترتبط بالشيخوخة ويضيف احمد عكاشة (١٩٩٢ : ١٨٥، ٣٧٢) أن البرافرينيا تصيب النساء أكثر من الرجال بنسبة ٧-١ وأنه يمكن تسميتها بالبرانويا المتأخرة نظرا لوجود ضلالات الاضطهاد فى سن متأخرة عن البرانويا مع ترابط الشخصية واحتفاظ المريضة بقدراتها العقلية وذاكرتها . ويرى أن العوامل البيئية تلعب دورا أهم من الوراثة فى حدوثه ، ويزداد إذا لم يعالج بالعقاقير المضادة للفصام .

مما سبق يتضح أن الفصام مرض عقلى وظيفى يتصف باضطراب محتوى وشكل التفكير والوجدان والسلوك والإدراك .والبرافرينيا المتأخرة أحد أنواع الفصام التى تصيب الانسان بعد الستين لذلك يسمى فصام الشيخوخة .

ترجع أسباب الفصام إلى عاملين رئيسيين هما :

١- العوامل البيولوجية :

أ- الوراثة حيث أكدت الدراسات على وجوده بنسبة أكبر بين التوائم المتماثلة تصل إلى ٣٥ % وفى الأسر سابقة المرض به بنسبة ٤-١٠ % .

ب- وجود بعض الاختلافات فى الدم وعملية التمثيل الغذائى Metabolism بين مرضى الفصام والعاديين فتوجد بنسبة اكبر بين الفصاميين مما يعنى أنه يرجع لبعض التغيرات الكيميائية الحيوية للجهاز العصبى .

٢- العوامل البيئية :

أ- العوامل النفسية التى اختلفت المدارس حولها فالتحليليون يردونه للتثبيت على المرحلة النمية المبكرة التى تتسم بميكانزمى الاسقاط المميز لحالات البرانويا والاستدماج اللذان يؤثران فى تكوين الأنا والتى من الصعب على المريض تذكرها ليستقيم العلاج التحليلى ، فى مقابل نظريات التعلم التى ترى أنه ككل الأمراض النفسية والعقلية الوظيفية تعلم خاطئ ، فقد اكتسب الفصامى فى طفولته الأنانية والتمركز حول الذات والعزلة نتيجة الحماية الزائدة والسيطرة الأبوية فيتسم فى كبره بعدم التطبع الاجتماعى Disocialization والشعور بالنبذ فيتقوقع حول ذاته ويصبح فصاميا .(كلا الاتجاهين ، التحليلى والسلوكى يشير إلى أن الأنا عند الفصامى ضعيف ، فالمرض النفسى الوظيفى هو ضعف الأنا عن أداء دور جزئيا ، والمرض العقلى الوظيفى هو ضعف الأنا عن أداء دوره كليا).

ب- العوامل الاجتماعية : كالضغوط الاجتماعية والحرمان والفقر والهجرة والأنتماء لأقلية اجتماعية وتعتقدات الحياة والمجتمع عوامل تزيد معدلات الفصام ، لذلك ينتشر فى المجتمعات الصناعية الكبيرة نظرا لعدم قدرة المهيئين للمرض على التكيف معها ، بينما يقل فى المجتمعات البسيطة .

والحقيقة أنه نتاج هذه الاسباب متفاعلة مع بعضها ، فالتهيئة الحيوية لازمة لكنها ليست سببا فحوالى ٦٠% من التوائم المتماثلة غير مصابين بالفصام كما أن العلم لم يكتشف جينا مسئولا عن الفصام ، والتغيرات الكيميائية الحيوية قد تكون نتيجة للتغيرات النفسية أو العكس وبالتالى مزيد من التغيرات ، أى لابد من التفاعل بين البناء النفسى الضعيف وضغوط الحياة والعوامل البيولوجية (احمد عكاشة ، ١٩٨٢ ؛ سيلفانو ، ١٩٩١ ؛ عبد الرحمن العيسوى ؛ ١٩٩٤) . لذلك يكون العلاج من خلال التفاعل بين العلاج والارشاد والتأهيل النفسى والاجتماعى

والعقاقير المضادة للذهان Antipsychotic drugs واحيانا يتطلب الأمر علاجـــا كـــهربائيا ECT أو جراحيا .(Gall , 1996,P.320) .

مما سبق يتضح أن كبار السن ومرضى العته والفصام غير قادرين على رعاية أنفسهم ويتســـمون بضعف الذاكرة وعدم القدرة على اتخاذ القرار والتعرف على الأشياء والأماكن والوجوه المألوفـة . فقد وجد (Howard, et al ,1993) تشابها إكلينيكيا بين حالات الفصـــام والشـــيخوخة المبكـــرة والمتأخرة ، كما وجدوا فروقا بينهم مما يؤكد عدم تجانسهم تماما

الدراسات والبحوث السابقة

أولا الدراسات العربية

١- ماجدة حامد عمار (١٩٨٧) ، بعنوان : تنظيم الذاكرة لدى كبار السن على ١٥ مسنا ومثلهم من صغار السن ، من الجنسين ، توصلت الى أن ذاكرة صغار السن الراشـــدين أفضل منها عند كبار السن بفروق جوهرية .

٢- محمد سمير عبد الفتاح(١٩٨٨) ، بعنوان : سيكولوجة المسنين دراسة فى بعض القدرات العقلية وعلاقتها بمفهوم الذات : على عينة من ٥٠ مسنا تراوحت اعمارهم مـــن ٦٠- ٧٠ عاما ، وقد وجد أن معامل الذكاء لم يتأثر بالتقدم فى العمر حيث كان معامل الذكـاء اللفظى ١١٠ ، والعملى ١١٢ والكلى ١٠٨,٤ .

٣- أيمن عبد الفتاح الحداد* (١٩٩٧)، بعنوان : دراسة اكلينيكية وبائية عن مرض العتـــه فى قرية من قرى محافظة المنوفية ، باستخدام اختبار الحالة العقلية المختصـــر علـــى ٦٣٨ مسنا فوق الخامسة والخمسين ٢٨٦ ذكور و ٣٥٢ إناث ، وقد وجد البـــاحث أن ٣٩ فردا مصابون بالعته (اعتبر الباحث ٢٠ درجة فأقل على اختبار الحالة العقلية دليل علـــى العته) منهم ١٢ ذكور بنسبة ٤,٢% و٢٧ إناث بنســـبة ٧.٧ % وقـــد وجـــد أن ٤٧,٣٨% منهم قد بدأ عندهم المرض مابين ٥٥ إلى ٦٥ عاما ، وأن ٣٩,٤٨ %

---

* اعتمد الباحث على الملخص العربى

تراوحت مدة اصابتهم بالعته من ٦-١٠ سنوات ، وكانت نسبة الأميين من المرض ٨٩,٧٤% والمتعلمين ١٠,٢٦% ، كما وجد أن ٨٦,٨٤% مصابون بالزهيمر ١٠,٥٣% مصابون بالعته المصاحب للجلطات المخية المتكررة ٢,٦٣%مصابون بالعته المصاحب لمرض باركينسون .

ثانيا الدراسات الاجنبية :

أ- الدراسات التى استخدمت اختبار الحالة العقلية على المسنين .

١- جولدواسير وآخرون (Goldwasser , et al 1987) فى(عزة عبد الكريم ، ٢٠٠١) دراسة تجريبية على ٢٧ مريضا بالعته من المسنين المقيمين فى دور الرعاية ، قسموا ٣ مجموعات ، الأولى علاج جماعى من خلال الذكريات والثانية علاج جماعى تدعيمى والثالثة ضابطة ، طبق عليهم اختبار الحالة العقلية المختصر ، وقد وجدوا تحسنا فى متوسط درجات الحالة العقلية لمجموعة الذكريات فى القياس البعدى ، وقد حدث تدهور بعد خمسة أسابيع .

٢- باليولوجس وأخرون (Paleologos, et al ,1988) بعنوان : دراسة جماعية عن علاقة فيتامين (C) بالاضطرابات العقلية حيث يفترض أنه يحمى من التدهور العقلى على ١١٧ من مدينة سيدنى باستراليا خلال الفترة من ١٩٩١ -١٩٩٤ ، وأظهرت النتائج عدم وجود علاقة بين فيتامين (C) والدرجة على اختبار الحالة العقلية المختصر

٣- روزا كروم وآخرون (Crum , et al , 1993) بعنوان : المعايير الأساسية لاختبار الحالة العقلية من خلال الأعمار والمستوى التعليمى على ١٨٠٥٦ راشد تتراوح أعمارهم من ١٨ إلى اكثر من ٨٥ عاماً من ٥ ولايات أمريكية خلال الفترة من ١٩٨٠ - ١٩٨٤ ، أعدوا المعايير على ١٤ مستوى عمريا (كل ٥ سنوات : ١٨-٢٤ ، ٢٥-٢٩ ، ٣٠-٣٤ وهكذا) وأربع مستويات تعليمية (من الأمى إلى ٤ مستويات تعليمية ، من ٥-٨ ، ٩-١٢ ، الجامعى وما فوقه) وقد وجدوا ارتباطا بين الدرجة على الاختبار وكل من المستوى التعليمى والمراحل العمرية حيث ترتفع الدرجة بارتفاع المستوى التعليمى وتنخفض بانخفاضة فقد كانت الدرجة ٢٢ للأميين حتى ٤ سنوات تعليمية ، ٢٦ لمن تعلم من ٥-٨ سنوات ، ٢٩ للأكثر من ٩ سنوات ، ٣٠ للجامعى وتنخفض بالتقدم فى العمر ، وترتفع لدى الشباب فقد كان

متوسط الدرجة للأعمار من ١٨-٢٤ = ٢٩ ، بينما كانت ٢٥ لعمر ٨٠ عاماً فأكثر ، ويعرض الباحث الحالى لمتوسط شرائح المسنين كما بالجدول التالى .

جدول (١)

يوضح متوسطات درجات المسنين من خلال الأعمار والمستوى التعليمى

الأعمار / التعليم	٦٠-٧٤	مدى الدرجات	٧٥-٨٥	مدى الدرجات
٠ : ٤ مستوى	٢٢.٣	١٩-٢٥	٢٠	١٦.٣-٢٣.٣
٥ : ٨ مستوى	٢٦.٠	٢٤-٢٩	٢٤,٣	٢١.٧-٢٧.٣
٩ : ١٢ مستوى	٢٧.٧	٢٦,٧-٢٣,٧	٢٦	٢٣.٣-٢٨.٣
جامعى فأكثر	٢٨.٧	٢٧.٧-٢٩,٧	٢٧,٣	٢٦-٢٩

٤- جاكمين وآخرون (Jacqmin ,et al ; 1994) بعنوان : مكونات مياه الشرب وعلاقتها بالاضطراب العقلي فى الشيخوخة على ٣٧٧٧ فرنسيا من الجنسين فوق ٦٥ عاما خلال الفترة من ١٩٨٨ -١٩٨٩ و حددوا حالة الاضطراب بأربع وعشرين درجة فأقل على الاختبار ، وأظهرت النتائج وجود علاقة دالة بين مكونات المياه (ألمونيوم - فلورين - كالسيوم و PH) (الأس الهيدروجينى) واضطراب الحالة العقلية لدى المسنين عند مستوى دلالة ٠١ و٠

٥- تومسين ولاك(Thommessen&laake ,1996) بعنوان : لأثر مشابه للجنسنج كعامل مساعد فى مرض الشيخوخة على ٢٤ مسنا يتناولون كبسولتين Gericomplex التى تحتوى على نبات الجنسنج يوميا لمدة ٨ أسابيع ، وعينة ضابطة من ٢٥ تناولوا كبسولتين بلاسيبو Placebo ، وعينة مشاركة من ٦٠ مريضا ذكرا مسنا مقيمين بالمستشفى بمتوسط اعمارهم ٧٧,٩ عاما طبق عليهم الاختبار بعد ٨ أسابيع ، أظهرت النتائج عدم وجود أثر لنبات الجنسيج فى علاج وتأهيل المسنين .

٦- فورليزا وآخرون (Forlenza, et al , 1997)بعنوان : الظواهر السيكاترية للدودة الشريطية العصبية على ٣٨ مريضا من المترددين على عيادة الاعصاب بساوباولو sao Pawlo بالبرازيل ، أظهرت النتائج وجود انحراف عقلى عند ٨٧,٥% من الحالات

الى جانب أضرار بالمخ مما أثر على الوظائف النفسية والعصبية ، كما لوحظ عليهم أعراض العته وتلف عقلى خفيف يحتمل أن يسيطر مستقبلا على المرض

٧- بوتكنيك وآخرون (Potocnik,et al ,1997)بعنوان : الزنك وغشاء صفائح الدم، تأثير الزنك على غشاء الصفائح الدموية والعقلية على ٤ ذكور وسيدتين تتراوح أعمارهم من ٥١-٧٩ عاما مرضى بالزهيمر بمستشفى ستيكلاند Stikland بجنوب أفريقيا يعالجون بجرعة زنك ١٥ مجم مرتين يوميا لمدة عام ، وقد أظهرت النتائج تقدما متواضعا فى الوظائف العقلية لأربعة مرضى ، مما يعنى احتمال تأثير العقار على الحالة العقلية لمرضى الزهيمر

٨- براوتجام وآخرون (Brautijam , et al ,1998) بعنوان : علاج اضطرابات ذاكرة المسنين بأوراق الجنكة على ٢٤١ مريضا تتراوح اعمارهم من ٥٥-٨٦ عاما أظهرت النتائج أن متوسط درجاتهم على الاختبار بعد العلاج ٢٦,٢٩ ، مما يعنى تحسنا فى حالاتهم .

٩- هيجبرجلز وأخرون (Haijibregls , et al , 1998) بعنوان : أنماط الجمجمة والوظائف العقلية لدى المسنين الرجال دراسة عبر حضارية على ١٠٤٩ مسنا تتراوح أعمارهم من ٧٠-٩١ عاما خمس مجموعات ٢ من فنلندا Finland و ٢ من ايطاليا Italy وواحد من نيوزيلاندا Netherlands ، واعتبر الباحثون الدرجة ٢٣ فأقل على الاختبار دلالة على تدهور القدرة العقلية ، وأظهرت النتائج أن نسبة التدهور تتراوح من ١٤,٤ % فى زيوتفن Zutphen بنيوزيلاندا الى ٤٢,١% فى كرفلكور Crevalcore بأيطاليا كما أظهرت النتائج اتجاها كبيرا لانخفاظ القدرة العقلية مع زيادة HDI (البروتين عالى الكثافة) ، وأن ٤ مجموعات من الخمس ليس من بينها شرق نيوزيلاند كانت الحالة العقلية بها متدهوره ، كما ارتبطت الحالة العقلية الجيدة بتناول غذاء الحمية .

١٠- بواكير وأخرون (Poaker , et al , 1999) بعنوان : نقص تأثير جرعة الفيتامين العالية واضافة الحديد لمدة عام على الوظائف العقلية للمسنين على ١٢ مسنة لم يتعاطين

الفيتامين و ١٠ سيدات تعاطينه ، وبعد عام لم يجدوا تأثيرا للفيتامين على الوظـــائف العقلية حيث لم توجد فروق جوهرية بين المجموعتين .

١١- سيلبر فانى (fanny , 1999) بعنوان : تأثير الخلفية الموسيقية على الآداء فى اختبار الحالـة العقلية المختصر لدى مرضى الزهيمر على ١٨ مريضا بالعته ، طبق عليهم الاختبار ٣ مرات بفارق شهر لكل مرة ، فى الأولى بدون خلفيـــة موســيقية ، وفى الأخرتــين بمصاحبة الموسيقى ولم يجد فروقا بين التطبيقات الثلاثة لكل مجموعة . كما لم يجد فروقا جوهرية بين المجموعتين ، مما يعنى أن الخلفية الموسيقية ليس لها تأثير على آداء مرضـــى العته فى مرحلته الثانية عند آدائهم للاختبار ، كما أكدت النتائج أن مرضى الزهيمـر لايشعرون بأية ضغوط أو تهديدات يمكن أن تؤثر على آدائهم للاختبار .

١٢- جيوفانى فريسونى (Frisoni, G, 1999) بعنوان : الجوانب العقلية والادراكية للأعـراض العضوية للشيخوخة (الدراسة جزء من مشروع كبير عن نوعية الحيـــاة فى مجتمـع المسنين) على ٤٦٢مسنا فوق ٧٥ عاما من الجنســين ، ٢٠٦ يعيشــون بمفردهــم و٢٥٦ مع آسرهم من مدينتى بريسيكا Brescia وباديوا Padua بشـــمال ايطاليـا ، قسموا على مرحلتين ٧٥-٧٩ و ٨٠-٨٤ عاما ، أظهرت النتائج ارتباطا دالا عند ٠,٠٠١ بين زيادة الأعراض البدنية وانخفاض الأداء العقلى ، مما يعنى أن الأعـراض البدنية فى الشيخوخة تضعف القدرات العقلية ، وقد كان أكبر عدد من الأعـــراض البدنية مرتبطا بالإناث وأصحاب الوضع الاقتصادى والاجتماعى والنفسى الضعيـف ارتباطا دالا ، ولم ترتبط بالسن ، كما ارتبطت القدرة العقلية الضعيفـة بالمستويات الأقل تعليما . كما أكدت النتائج على أن ضعف القدرة العقلية واسع الانتشار بـين المسنين وتؤكد الملاحظات الاكلينيكية أن تراجع القدرة العقليـة يكـون كبـيرا فى المراحل المبكرة وأن أكثر أشكال الضعف تتناول موضوعات الخبرة .

١٣- كاليجن وآخرون (Kalmijin ,et al , 1999) بعنوان : الاتزان البدنى والانحراف العقلـى لدى المسنين على ٧٠٢ تزيد أعمارهم على ٥٥ عاما ، ولم تظهر النتائج علاقة بـين الاتزان البدنى والمساحة العقلية (الأدنى فى مقابل الأعلى) ، ولابين الانحراف العقلـى

المتوسط فى مقابل الأقل ، لذلك فالعلاقة بين الاتزان البدنى والانحراف العقلى ترجع الى عوامل بيولوجية .

١٤- جيلكس ماركو وكيمين جيرتدوس (Marko & Gertrudis, 1999) بعنوان : تأثير تقدير الصحة الذاتية على الأداء العقلى لدى المسنين على ٨٧٢٣ تزيد اعمارهم على ٥٧ عاما يعيشون بمفردهم أو فى دور المسنين فى شمال نيوزيلاندا ، أظهرت النتائج أن معتلى الصحة حصلوا على درجات متدنية على اختبار الحالة العقلية المختصر عن الذين يتمتعون بصحة جيدة ، مما يعنى أن الأداء العقلى يتأثر بالعوامل الصحية للمسنين .

ب- دراسات تناولت القدرة العقلية العامة (الذكاء) .

١- مايلزوملز ١٩٣٢ فى (محمد سميرعبد الفتاح ، ١٩٨٨) عن المتغيرات فى القدرة العقلية العامة على ٧١٠ فردا تراوحت أعمارهم من ٦٠-٩٠ عاما ، وانتهيا الى أن الذكاء يبدأ فى التناقص من ٥٠ إلى ٨٠ عاما ، وكان وضع المسنين عند مقارنتهم بالشباب سيئا

٢- دراسة بلونديل (Blundell , 1967) بعنوان : دراسة نفسية عن الأثار الجراحية لمريض فى السادسة والثمانين من العمر ، وقد وجد الباحث اضطرابات عقلية مؤقتة بعد العملية الجراحية ، ردها الى أثر التخدير على القشرة المخية ، وقد وجد تدهورا عقليا عند المرضى الذين تناولوا عقار LSD

٣- بالتزوسكائى (Baltes& Schaie ,1974) بعنوان الشيخوخة ومعامل الذكاء ، وهى دراسة طولية مقارنة استمرت سبع سنوات على ٣٠ فردا تراوحت اعمارهم من ٢٨-٧٨ عاما ، وقارنا هذه الدراسة بدراستى عامى ١٩٥٦ ، ١٩٦٣ بنفس الادوات وتوصلا الى أن معامل الذكاء لم ينخفض مع الشيخوخة أو التقدم فى العمر حيث لم ينخفض الأداء على الاختبار .

٤- جلبرت ١٩٧٧ (فى جابر عبد الحميد ، ١٩٧٧) قام بمقارنة مجموعتين الاولى تتراوح اعمارهم من ٣٠-٣٩ ، والثانية : من ٦٠-٦٩ لدراسة قدرتهم على التركيز فوجد أن المسنين يقلون عن الشباب بنسبة ٦٠% فى تذكرهم للمفردات التركيبية وهى جديدة على الجميع ، كما كان أداؤهم أقل من الشباب بنسبة

٨,٥% فى تذكر الارقام ، وتؤكد الدراسة على أن كبار السن يعانون من صعوبة تكوين ارتباطات جديدة ، أو أنهم كانوا أقل اهتماما لبذل المجهود اللازم لذلك .

٥- بوتوينك (Botwinic , 1981)بعنوان : القدرات العقلية لدى كبار السن على ٧٠ مسنا تراوحت اعمارهم من ٦٠-٧٥ عاما وانتهى الى أن قدرتهم العقلية مازالت سليمة ولكنها تنحدر عند الخامسة والسبيعين الى حد ما .

ج- دراسات تناولت الحالة العقلية عند الفصاميين .

١- هوارد و آخرون .(Howard ,et al , 1993) بعنوان دراسة مقارنة لعدد ٤٧٠ حالة فصام فى الشيخوخة المبكرة (٣٣٦) يقلون عن ٤٥ عاما والمتأخرة (١٣٤) يزيدون على ٤٥ عاما سجل عليهم ٢٢ عرضا فصاميا ، وقد وجد تشابها أكلينيكيا بين حالات الفصام والشيخوخة المبكرة والمتأخرة ، كما توجد فروق بينهم مما يؤكد عدم تجانسهم تماما .

٢- هوارد و آخرون .(Howard ,et al , 1994) بعنوان : اضطراب الضلالات فى البرافرينيا المتأخرة على ٥٠ مريضا بالبرافرينيا المتأخرة و ٣٥ عينة ضابطة من الأصحاء الذين خضعوا للرنين المغناطيسى على المخ ، أظهرت النتائج فروقا جوهرية بين العينتين حيث كان مرضى البرافرينيا أكثر تأخرا فى النواحى العقلية من العينة الضابطة .

٣- جريج وآخرون (Greig,et al,2000) بعنوان : العلاقات الموضوعية والقياس الواقعى فى فصام الشيخوخة المبكرة والمتأخرة على ١٥٧ جنديا أمريكيا مرضى بالفصام ، انتقوا منهم ٣٦ يمثلون الشيخوخة المبكرة و ٢٨ للمتأخرة ، أظهرت النتائج أن المجموعة المبكرة كانت أكثر موضوعية وواقعية فى علاقاتها من المتأخرة بفروق دالة ، بينما لم توجد فروق بينهما فى الأعراض النفسعصبية ، وقد رد الباحثون هذه النتائج إلى أثر العلاج والتأهيل .

التعليق على الدراسات السابقة .

من الملاحظ أن أغلب البحوث التى أجريت على المسنين تتسم بالطابع الطبى أكثر من النفسى ، مما يعنى أن الأطباء أكثر اهتماما بالمسنين ومشكلاتهم من الاخصائيين النفسيين كما كان استخدام اختبار الحالة العقلية المختصر فى دراسات وبحوث تناولت مشكلات طبية اكثر من استخدامه فى دراسات وبحوث تناولت مشكلات نفسية ، مما يعنى أن الأطباء اكثر استخداما للاختبار من الاخصائيين النفسيين ، بل إن الباحث الحالى لم يحصل على دراسة نفسية على المسنين استخدمت اختبار الحالة العقلية المختصر على المستوى المحلى . فى حدود علمه . إلى جانب بعض الدراسات الطبية بمركز طب المسنين بجامعة عين شمس.

كما أن عينات الدراستين المحليتين للمشتغلين بعلم النفس أقل بكثير منها فى الدراسة المحلية للطبيب ، كما أن بعض عينات البحوث الأجنبية وهى لأطباء ايضا كانت عيناتها كبيرة جدا ، كروم وآخرون (١٩٩٣) ١٨٠٥٦ ، جاكمين وأخرون (١٩٩٤) ٣٧٧٧ ، هيمبرجلز وآخرون (١٩٩٨) ١٠٤٩ ، ماركوو جيرتردوس (١٩٩٩) ٨٧٢٣.

عدد الدراسات المحلية التى تناولت الحالة العقلية للمسنين قليل جدا مقارنة بالأجنبية ، مما يعكس مدى اهتمام الغرب بالمسنين اكثر من اهتمامنا المحلى الذى تركز على عمليتى التوافق والتكيف فقط . وتعتبر دراسة كروم وآخرون (١٩٩٣) الأقرب للدراسات النفسية لأنها أجريت من خلال المعهد الدولى للصحة العقلية ، مستخدمة المنهج التتبعى بالطريقة المستعرضة Cross sectional

فروض البحث

١- يتوقع الباحث أن تكون الحالة العقلية للذكور المسنين أفضل منها لدى الإناث المسنات بفارق جوهرى .

٢- يتوقع الباحث أن تكون الحالة العقلية فى مرحلة الشيخوخة المبكرة(٦٠-٧٥عاما) أفضل منها فى مرحلة الشيخوخة المتأخرة (اكثر من ٧٥ عاما) . بفارق جوهرى

٣- يتوقع الباحث ان ترتفع الحالة العقلية بارتفاع المستوى التعليمى وتنخفض بانخفاضه بفروق جوهرية .

٤- يتوقع الباحث أن تكون الحالة العقلية للمسنين الأسوياء أفضل منها عند مرضى العته فالفصام ، وأن تكون لدى مرضى العته أفضل من الفصاميين بفروق جوهرية.

منهج البحث وخطواته

أداة البحث * اختبار الحالة العقلية المختصر Mini Mental State Examination (MMSE) إعداد مارشال فولستين وآخرون(Folstein , et al .,1975)، بهدف قياس التغير الذى يحدث للحالة العقلية خاصة فى الشيخوخة ، ثم قام كروم وآخرون(Crum , et al.,1993)خلال الفترة من ١٩٨٠ إلى ١٩٨٣ بدراسة لوضع القواعد والمعايير الأساسية للاختبار من خلال تأثير متغيرى العمر والمستوى التعليمى ، وأصدروه للمرة الثانية بمشاركة فولستين عام ١٩٩٣ ، ومنذ إصداره فى المرة الأولى يعتبر من الاختبارات واسعة الانتشار على المستويين البحثى والاكلينيكى ، حيث يعتبر أداة بحثية مفيدة فى الكشف عن الاضطرابات المعرفية كما يمكن الاعتماد عليه فى تحديد حالتى السواء وعدم السواء " فهو من الاختبارات التى تفيد فى تشخيص الاضطرابات العقلية للمسنين الأكبر سنا ، وأنه يؤدى إلى تمييز مقبول فى المستويات العليا من الآداء ، وله قيمة فى الكشف عن العته ." همبرت Humppert (١٩٨٨) فى (وودز ، ٢٠٠٠ : ٤٩٥) ، هذا ما أكده وليامز وآخرون Williams , et al (١٩٨٣) وويك Weeks (١٩٨٨) فى (المرجع السابق : ٤٩٢-٣) وقد وجدوا ارتباطا بين اختبار الحالة العقلية المختصر والعمر باستخدام معامل بيرسون ٠,٣٨ ومع المستوى التعليمى كان معامل الارتباط ٠,٥ وكلاهما دال عند ٠,٠٠١ هذا ما أكده كريستنسين وجورم Christensen & Jorum (١٩٩٢) فى (المرجع السابق : ٤٩٥).

كما كان متوسط الدرجات ٢٩ لمن تتراوح اعمارهم ١٨ الى ٢٤ سنة ، ٢٥ درجة لمن لايقل عن ٩ سنوات دراسية ، و ٢٦ درجة لمن درسوا من ٥ إلى ٨ سنوات دراسية ، و ٢٢ درجة لمن لم يدرسوا حتى ٤ سنوات دراسية ، وبالتالى يعتبر الاختبار متطابق مع المستوى العمرى والتعليمى ، و يصبح المقياس مفيدا فى المقارنة بين المرضى والأسوياء ،

* اصل الاختبار لدى الباحث

حيث وجدوا أن الدرجة تنخفض فى حالات العته ، وبالتقدم فى العمر ، وارتفاع الدرجة بارتفاع المستوى التعليمى ، وقد أعدوا جدول معايير من ١٨ إلى أكثر من ٨٥ عاما مقسمة كل خمس سنوات ، كما أعدوا جدولا مماثلا للمستوى التعليمى لكل أربع مستويات تعليمية تبدأ من الأمى حتى الدرجات الجامعية العليا .

يتكون المقياس فى صورته الأصلية من ٣٠ سؤالا موزعة على ستة أبعاد تقيس التاريخ والمكان والانتباه والحساب واللغة وتنفيذ الأوامر والتذكر تتراوح الدرجة علية من صفر الى ٣٠ .

الصورة العربية *

قام الباحث الحالي بترجمة وإعداد وتجريب الاختبار بعد إدخال بعض التعديلات عليه بحيث يكون لعامل الصعوبة أثره في الإختبار حتي يمكنه التفرقة بين المستويات العقلية المختلفة على سبيل المثال أخر بند عدله الباحث الحالى وهو عبارة عن رسوم تخطيطية متدرجة الصعوبة كما فعل ماكينا و وارينجتون Mckenna & Warrington (١٩٨٣) واختبار بنتون Benton Visual Retention test (١٩٧٤) فى المرجع السابق ، كذلك بالنسبة لبند اللغة .

تكون الإختبار في صورته الأولية من ٢٦ بندا تمثل الأبعاد النوعية الستة سالفة الذكر ، وتتراوح الدرجة عليه من صفر إلي ٤٩ درجة علي النحو التالي :

١- التاريخ : ستة أسئلة بست درجات .

٢- المكان : ستة أسئلة بست درجات .

٣ ـ الحساب والإنتباه : ثلاثة أسئلة ، سؤلان للحساب الأول درجة ،والثاني أربع درجات وسؤال للإنتباه مكون من ثلاثة جزئيات متدرجة الصعوبة بست درجات علي النحو التالي:درجة للجزئية الاولي ، درجتان للثانية ، ثلاث للثالثة .

٤- اللغة : ثلاثة أسئلة بست درجات ، درجتان للأول ، درجة للثاني ، ثلاث للثالث .

٥- تنفيذ الأوامر : أربع أسئلة بسبع درجات ، الأول درجة ، الثاني مكون من ثلاث جزئيات لكل جزئية درجة ، والثالث درجتان .

---

*ملحق رقم (١)

٦- التذكر : ثلاثة أسئلة بعشر درجات ، الأول ثلاث درجات ، والثاني درجة ، والثالث ست درجات لثلاث جزئيات ، درجة للأولي ، درجتان للثانية ، وثلاث للثالثة .

والاختبار على هذا النحو يتضمن عدة اختبارات مثل ماكينا ووارنجتون (١٩٨٣) وبنتون (١٩٧٤) وفولد Fuld (١٩٧٧) لذاكرة الأشياء ، وكيندرك Kendrick(١٩٨٥) للأشياء الشائعة ، ووكسلر Wechsler للذاكرة وشول منيسوتا Schull Minnesota Apasia test

عينة التقنين

قام الباحث الحالي بتطبيق الإختبار علي ٨٠ فردا (٢٠ مريضا بالفصام) ١٢ ذكر ، ٨ إناث تتراوح أعمارهم من ٦٠ ألي ٧٥ بمتوسط ٦٣,٧ عاما وإنحراف معياري ٦,٤٨ ، (٢٠ مريضا بالعته) ، ١٧ ذكر ،٣ إناث تتراوح أعمارهم من ٦٠ : ٧٤ تماما بمتوسط ٦٤,٨ وإنحراف معياري ٣,٧٨ ، و(٤٠ مسنا)،٣٢٠ ذكور و٨ إناث تتراوح أعمارهم من ٦٠ : ٩٠ سنة بمتوسط ٦٨ وإنحراف معياري ٨,٥٨)

من مستويات تعليمية واجتماعية ومهنية مختلفة من الحالات المشخصة اكلينيكيا في المستشفي النهاري للمسنين ومركز الطب النفسي بجامعةعين شمس ومستشفىالعباسية للأمراض النفسية والعقلية ومستشفي دار المقطم للصحة النفسية.

ثبات الإختبار

١- معامل إرتباط ألفا ALPHA : كان ٠,٦٩٠٥وخطأه المعياري ٠,١١٤ بضربه × ٢,٥٨ درجة معيارية = ٠,٢٩٤ وقيمة z المقابلة ٠,٨٤٨- ٠,١٤٤ = ٠,٧٣٤ ، ٠,٩٦٢ ومعاملا الإرتباط المقابلين لها تبين القيمتين = ٠,٦٠٤٤ ، ٠,٧٦١٦ عند ٠,٠٠١ أي أن القيمة العددية لمعامل ألفا (٠,٦٩٠٥) تتراوح بين ٠,٦٠٤٤ ، ٠,٧٦١٦

٢- الإتساق الداخلي : قام الباحث الحالي بحساب معامل الإرتباط بين درجة كل مفردة والدرجة الكلية للإختبار كذلك معامل ألفا بعد استبعاد كل عبارة كما بالجدول التالي :-

جدول (٢)
يوضح معاملا الإرتباط بين درجة كل مفردة والدرجة الكلية
ومعامل ألفا بعد استبعاد العبارة

العبارة	ر	(ر) ألفا	العبارة	ر	(ر) ألفا	العبارة	ر	(ر) ألفا	العبارة	ر	(ر) ألفا
١	٠,٥٥١	٠,٦٧٩	٨	٠,٣١٨	٠,٦٨٨	١٥	٠,٥٦٥	٠,٦٥٠	٢٢	٠.٤٠٩	٠,٦٧٦
٢	٠,٦٤٤	٠,٦٧٧	٩	٠,٢٩٠	٠,٦٨٧	١٦	٠,٥٥٩	٠,٦٤٦	٢٣	٠.١٤٠	٠,٦٨٩
٣	٠,٣٧٠	٠,٦٨٥	١٠	٠,٠٢٩	٠,٦٩١	١٧	٠,٢٠٢	٠,٦٨٧	٢٤	٠.٣٢٣	٠,٦٧٦
٤	٠,٤٨٣	٠,٦٨٢	١١	٠,٢٤٢	٠,٦٨٦	١٨	٠,٢٠٢	٠,٦٨٩	٢٥	٠.٣٢٨	٠,٦٨٤
٥	٠,٠٤٨	٠,٦٩١	١٢	٠,٠٤٢	٠,٦٩١	١٩	٠,٢٠٠	٠,٦٨٥	٢٦	٠.٢٨٢	٠,٦٨١
٦	٠,٤٤٧	٠,٦٨٢	١٣	٠ ١١٠-	٠,٦٩٦	٢٠	٠,٢٠١	٠,٦٨٩	-	-	-
٧	٠,٤٣٨	٠,٦٨٤	١٤	٠,٢٦٠	٠,٦٨٧	٢١	٠.٤٦٧	٠,٦٦٧	-	-	-

بذلك استبعد الباحث خمس عبارات معاملاتها غير دالة ، أرقامها ٥، ١٠، ١٢، ١٣، ٢٣ .
كما أن معامل إرتباط الإختيار بعد إستبعاد كل منها بإستخدام ألفا كان أكبر من أو مساوى ٠,٦٩٠٥

التجزئة النصفية :

لأن الاختبار يعطى درجة كلية فيمكن استخدام التجزئة النصفية على النحو التالى :

أ- طريقة سبيرمان - براون Sperman - Brown كان معامل الارتباط بين نصفى الاختبار ٠,٨٩٥٤ ومعامل الارتباط الكلى ٠,٩٤٤٨ وهو معامل يقترب من ١ صحيح وقيمة z المقابلة لمعامل الارتباط = ١,٨٣٢ ± ٠,٢٩٤ ، ١.٥٣٨ ، ٢.١٢٦ ، ومعاملا الارتباط المقابلين لهاتين القيمتين = ٠,٩٠٥١ ، ٠,٩٧٠٤ أى أن القيمة العددية لمعامل الثبات تتراوح بين ٠,٩٠٥١ ، ٠,٩٧٠٤ .

ب- طريقة جتمان : Guttman التي تعتمد على تباين درجات الأسئلة الفردية والزوجية وتباين درجات الاختبار كله ، كان معامل الارتباط ٠,٨٩٦١ وهو معامل يقترب من ١ صحيح ، وقيمة z المقابلة =١,٤٧٢ ± ٠,٢٩٤ = ١,١٧٨ ، ١,٧٦٦ ، ومعاملا الارتباط المقابلين لهاتين القيمتين = ٠,٨٣٣٧ ، ٠,٩٤٦٨ ، أى أن القيمة العددية لمعامل الثبات تتراوح بين ٠,٨٣٣٧ ، ٠,٩٤٦٨

صدق الإختبار

أ ـ الصدق العاملي

أجري الباحث الحالي تحليلا عامليا لعبارات الإختبار بإستخدام الصيغة الإحصائية SPSS الإصدار الثامن ، وإستخرج المكونات الأساسية بطريقة ألفا ريماكس VARIMAX ، وإتضح من مصفوفة الإرتباط أن عبارات الإختبار ترتبط في الغالب مع بعضها البعض إرتباطا دالا عند مستويات مختلفة ، كما تشتمل علي عدد من المعاملات الصفرية والسالبة ، مما يعني قابليتها للتحليل العاملي ، وإنتهي التحليل العاملي إلي تسع عوامل دالة القيمة منها عامل عام ٠ والقيمة المميزة لكل عامل أكبر من ١ صحيح والنسبة المئوية التراكمية للتباين ٧٦,٣ ، وارتضي الباحث إختيار التشبعات الدالة لكل عامل عند ٠,٣ فأكثر طبقا لمحك كيزر KISAR (فؤاد أبو حطب ، أمال صادق ، ١٩٩١) كما بالجدول التالي :

جدول (٣)

يوضح القيم المميزة للتباين ونسبته المئوية التراكمية

العامل	القيمة المميزة للتباين	% التباين	% التراكمية للتباين	العامل	القيمة المميزة	% للتباين	% التراكمية للتباين
١	٥,٣٤٤	١٩,٨	١٩,٨	٦	١,٥٦٣	٥,٨	٦٢,٧
٢	٣,٠٩٥	١١,٠٥	٣١,٣	٧	١,٣٧٨	٥,١	٦٧,٨
٣	٢,٦٧٢	٩.٩	٤١,٢	٨	١,١٩١	٤.٤	٧٢,٢
٤	٢,١٨١	٨,١	٤٩,٢	٩	١,١٠٢	٤,١	٧٦,٣
٥	٢,٠٦٢	٧,٦	٥٦,٩	–	–	–	–

العوامل بعد التدوير:

العامل العام (الوعى): وقد تشبع ايجابيا بثمانى عبـــارات أرقامـــها ١، ٢، ٦، ١٥، ١٦، ٢١، ٢٢، ٢٤ والتى تدل على معرفة التاريخ بشقية الهجرى والميلادى وتاريخ اليوم والقدرة علـــى الانتباه والحساب وتنفيذ الأوامر والتذكر .

العامل الأول (الادراك) : وقد تشبع ايجابيا بخمس عبارات أرقامـها ٩ ، ١٠ ، ١٧ ، ١٨ ، ٢١ التى تدل على معرفة المكان وتسمية الأشياء وتنفيذ الأوامر .

العامل الثانى (معرفة الزمان) : وقد تشبع ايجابيا بسبع عبارات أرقامـــها ١ ، ٣ ، ٤ ، ٧ ، ٨ ، ١١ ، ٢٦ التى تدل على معرفة الزمان والمكان والتذكر .

العامل الثالث (القدرة الحسابية) : وقد تشبع ايجابيا بعبارتين رقمى ١٢ ، ١٤ التى تدل علـــى معرفة الطابق الذى يسكنه وسلاسل الأعداد .

العامل الرابع (معرفة المكان) : وقد تشبع ايجابيا بسبع عبارات أرقامـــها ٧ ، ٨ ، ١١ ، ١٥ ، ٢٠ ، ٢١ ، ٢٠٢ التى تدل على معرفة الوطن والمسكن والقدرة الحسابية وتنفيذ الأوامر .

العامل الخامس (التذكر) : وقد تشبع ايجابيا بأربع عبارات أرقامها ٢٢ ، ٢٤ ، ٢٥ ، ٢٦ الـتى تدل على التذكر وتنفيذ الأوامر المتعلقه بالذاكرة .

العامل السادس (اللغة) : وقد تشبع ايجابيا بأربع عبارات أرقامها ٧ ، ٨ ، ١٧ ، ١٨ التى تـدل على معرفة الوطن وتسمية الأشياء .

العامل السابع (المعرفة) : وقد تشبع ايجابيا بثلاث عبارات أرقامها ٥ ، ١١ ، ٢٣ التى تدل على معرفة اليوم والمسكن والأشياء .

العامل الثامن (التكرار) : وقد تشبع ايجابيا بثلاث عبارات أرقامها ٦ ، ١٣ ، ١٩ التى تدل علـى معرفة تاريخ اليوم واسم المفحوص وتكرار الكلمات .

من التحليل السابق نجد أن العوامل التسعة تعبر عن عناصر الحالة العقلية وهى التذكر والوعـــى والتعرف على الأشياء والأماكن المألوفة والحساب والانتباه واللغة ، بذلك يمكن الاعتماد عليـه فى تحديد حالتى السواء والمرض

الصورة النهائية للاختبار *

يتكون الاختبار فى صورته النهائية من ٢٠ بندا تمثل الأبعاد الستة على النحو التالى :

التاريخ : خمسة أسئلة عن السنين والفصول والشهور و الأيام بخمس درجات

المكان : أربعة أسئلة عن الوطن والمحافظة والمدينة والمنزل بأربع درجات

الحساب والانتباه : ثلاثة أسئلة ، اثنان للحساب ، الأول درجة والثانى أربع درجات ، واحد للانتباه به ثلاث جزئيات متدرجة الصعوبة درجة للأولى واثنتان للثانية وثلاث للثالثة .

اللغة : ثلاثة أسئلة ، عن تسمية الأشياء درجتين ، تكرار جملة درجة ، تكرار ثلاث كلمات مع الاحتفاظ بها ثلاث درجات .

تنفيذ الأوامر : سؤالين ، الأول أربع جزئيات لكل جزئية درجة ، والثانى درجتان .

التذكر : ثلاثة أسئلة ، الأول ثلاث درجات ، والثانى درجة والثالث مكون من ثلاثة أشكال متدرجة الصعوبة يرسمها من الذاكرة ،للأول درجة والثانى درجتين والثالث ثلاث درجات بذلك تتراوح الدرجة على المقياس من صفر الى ٤٢ درجة .

عينة البحث :

تكونت عينة البحث من ١٥٢ فردا تراوحت أعمارهم من ٦٠ الى ٩٠ عاما بمتوسط ٦٩,٤٨ وانحراف معيارى ٨,٢٥ من الذكور ٨٥ والاناث ٦٧ ، المؤهلات العليا ٣٥ ، المتوسطة ٧٣ ، والاقل من المتوسط حتى الامى ٤٤

أ- ٤٩ مريضا بالبرافرينيا (فصام الشيخوخة) :٢٩ ذكور و ٢٠ إناث

ب- ٥١ مريضا بالعته : ٣٠ ذكور و ٢١ إناث

ج- ٥٢ مسنا : ٢٦ ذكور و ٢٦ إناث

تيروا عشوائيا من المستشفى النهارى للمسنين ومركز الطب النفسى وعلاج الادمان بجامعة شمس ، مستشفى الأمراض النفسية والعقلية بالعباسية ومستشفى دار المقطم للصحة ت تم تشخيصهم جميعا اكلينيكيا بمعرفة الاطباء النفسيين بالمستشفيات المذكورة .

العوامل بعد التدوير:

العامل العام (الوعى): وقد تشبع ايجابيا بثمانى عبـــارات أرقامـــها ١، ٢،٦، ١٥، ١٦ ، ٢١ ، ٢٢ ، ٢٤ والتى تدل على معرفة التاريخ بشقية الهجرى والميلادى وتاريخ اليوم والقدرة علـــى الانتباه والحساب وتنفيذ الأوامر والتذكر .

العامل الأول (الادراك) : وقد تشبع ايجابيا بخمس عبارات أرقامـــها ٩ ، ١٠ ، ١٧ ، ١٨ ، ٢١ التى تدل على معرفة المكان وتسمية الأشياء وتنفيذ الأوامر .

العامل الثانى (معرفة الزمان) : وقد تشبع ايجابيا بسبع عبارات أرقامـــها ١ ، ٣ ، ٤ ، ٧ ، ٨ ، ١١ ، ٢٦ التى تدل على معرفة الزمان والمكان والتذكر .

العامل الثالث (القدرة الحسابية) : وقد تشبع ايجابيا بعبارتين رقمى ١٢ ، ١٤ التى تدل علـــى معرفة الطابق الذى يسكنه وسلاسل الأعداد .

العامل الرابع (معرفة المكان) : وقد تشبع ايجابيا بسبع عبارات أرقامـــها ٧ ، ٨ ، ١١ ، ١٥ ، ٢٠ ، ٢١ ، ٢٠٢ التى تدل على معرفة الوطن والمسكن والقدرة الحسابية وتنفيذ الأوامر .

العامل الخامس (التذكر) : وقد تشبع ايجابيا بأربع عبارات أرقامها ٢٢ ، ٢٤ ، ٢٥ ، ٢٦ الـتى تدل على التذكر وتنفيذ الأوامر المتعلقه بالذاكرة .

العامل السادس (اللغة) : وقد تشبع ايجابيا بأربع عبارات أرقامها ٧ ، ٨ ، ١٧ ، ١٨ التى تـدل على معرفة الوطن وتسمية الأشياء .

العامل السابع (المعرفة) : وقد تشبع ايجابيا بثلاث عبارات أرقامها ٥ ، ١١ ، ٢٣ التى تدل على معرفة اليوم والمسكن والأشياء .

العامل الثامن (التكرار) : وقد تشبع ايجابيا بثلاث عبارات أرقامها ٦ ، ١٣ ، ١٩ التى تدل علـى معرفة تاريخ اليوم واسم المفحوص وتكرار الكلمات .

من التحليل السابق نجد أن العوامل التسعة تعبر عن عناصر الحالة العقلية وهى التذكر والوعـــى والتعرف على الأشياء والأماكن المألوفة والحساب والانتباه واللغة ، بذلك يمكن الاعتماد عليـه فى تحديد حالتى السواء والمرض

الصورة النهائية للاختبار* .

يتكون الاختبار فى صورته النهائية من ٢٠ بندا تمثل الأبعاد الستة على النحو التالى :

التاريخ : خمسة أسئلة عن السنين والفصول والشهور و الأيام بخمس درجات

المكان : أربعة أسئلة عن الوطن والمحافظة والمدينة والمنزل بأربع درجات

الحساب والانتباه : ثلاثة أسئلة ، اثنان للحساب ، الأول درجة والثانى أربع درجات ، واحد للانتباه به ثلاث جزئيات متدرجة الصعوبة درجة للأولى واثنتان للثانية وثلاث للثالثة .

اللغة : ثلاثة أسئلة ، عن تسمية الأشياء درجتين ، تكرار جملة درجة ، تكرار ثلاث كلمات مع الاحتفاظ بها ثلاث درجات .

تنفيذ الأوامر : سؤالين ، الأول أربع جزئيات لكل جزئية درجة ، والثانى درجتان .

التذكر : ثلاثة أسئلة ، الأول ثلاث درجات ، والثانى درجة والثالث مكون من ثلاثة أشكال متدرجة الصعوبة يرسمها من الذاكرة ،للأول درجة والثانى درجتين والثالث ثلاث درجات

بذلك تتراوح الدرجة على المقياس من صفر الى ٤٢ درجة .

عينة البحث :

تكونت عينة البحث من ١٥٢ فردا تراوحت أعمارهم من ٦٠ الى ٩٠ عاما بمتوسط ٦٩,٤٨ انحراف معيارى ٨,٢٥ من الذكور ٨٥ والاناث ٦٧ ، المؤهلات العليا ٣٥ ، المتوسطة ٧٣ ، والاقل من المتوسط حتى الامى ٤٤

أ- ٤٩ مريضا بالبرافرينيا (فصام الشيخوخة) :٢٩ ذكور و ٢٠ إناث

ب- ٥١ مريضا بالعته :٣٠ ذكور و ٢١ إناث

ج- ٥٢ مسنا : ٢٦ ذكور و ٢٦ إناث

أختيروا عشوائيا من المستشفى النهارى للمسنين ومركز الطب النفسى وعلاج الادمان بجامعة عين شمس ، مستشفى الأمراض النفسية والعقلية بالعباسية ومستشفى دار المقطم للصحة النفسية تم تشخيصهم جميعا اكلينيكيا بمعرفة الاطباء النفسيين بالمستشفيات المذكورة .

---

*ملحق رقم (٩)

الأساليب الاحصائية :
المتوسط الحسابى والانحراف المعيارى واختبار(ت) لحساب دلالة فروق المتوسطات .

نتائج البحث :
نتائج الفرض الأول الذى ينص على : يتوقع الباحث أن تكون الحالة العقلية للذكور المسنين أفضل منها لدى الإناث المسنات بفارق جوهرى.

جدول (٤)
يوضح الفروق بين الجنسين

أبعاد المقارنة	ن	م	ع	قيمة ت
ذكور	٨٥	٢٥,١٧	٦,٦٨	٣,٤٥
إناث	٦٧	٢١,٣٤	٦,٧٢	

من الجدول (٤) يتضح أن الحالة العقلية للذكور المسنين أفضل منها عند الإناث المسنات بفارق جوهرى عند مستوى ٠,٠٠١ حيث كانت ت المحسوبة ٣,٤٥ والجدولية ٣,٢٩١ . بذلك تحقق الفرض الأول ، حيث كانت الحالة العقلية للمسنين الذكور أفضل منها عند المسنات بفارق جوهرى .

نتائج الفرض الثانى الذى ينص على : يتوقع الباحث أن تكون الحالة العقلية لمرحلة الشيخوخة المبكرة (٦٠-٧٥ عاما) أفضل منها فى مرحلة الشيخوخة المتأخرة (أكثر من ٧٥ عاما) بفارق جوهرى .

جدول (٥)
يوضح الفرق بين الشيخوخة المبكرة والمتأخرة

أبعاد المقارنة	ن	م	ع	قيمة ت
الشيخوخة المبكرة	١٠٦	٢٦,٤٦	٥,١٩	١٠,٧٢
الشيخوخة المتأخرة	٤٦	١٦,٦٣	٥,١٤	

من الجدول (٥) تتضح أن الحالة العقلية فى مرحلة الشيخوخة المبكرة أفضل منها فى مرحلة الشيخوخة المتأخرة بفارق جوهرى عند مستوى ٠,٠٠١ حيث كانت ت المحسوبة ١٠,٧٢ والجدولية ٣,٢٩١.

بذلك تحقق الفرض الثانى حيث كانت الحالة العقلية فى مرحلة الشيخوخة المبكرة أفضل منها فى مرحلة الشيخوخة المتأخرة بفارق جوهرى ، مما يعنى أن الحالة العقلية تتدهور بالتقدم فى العمر .

نتائج الفرض الثالث الذى ينص على : يتوقع الباحث أن ترتفع الحالة العقلية بارتفاع المستوى التعليمى وتنخفض بانخفاضه بفارق جوهرى .

جدول (٦)

يوضح الفروق بين المستويات التعليمية

أبعاد المقارنة	ن	م	ع	قيمة ت
أقل من المتوسط	٤٤	١٥,٠٥	٤,٢١	٢,٣٠٩
المتوسط	٧٣	٢٤,٢٣	٢,٤	
أقل من المتوسط	٤٤	١٥,٠٥	٤,٢١	١٧,٤٥
العالى	٣٥	٣٢,٥٤	٤,٤٩	
المتوسط	٧٣	٢٤,٢٣	٢,٤	١٢,٢٩
العالى	٣٥	٣٢,٥٤	٤,٤٩	

من الجدول (٦) يتضح أن الحالة العقلية ترتفع بارتفاع المستوى التعليمى وتنخفض بانخفاضه بفروق جوهرية حيث كانت ت المحسوبة بين المسنين الذين تعلموا تعليما أقل من المتوسط حتى الامين والمسنين المتعلمين تعليما متوسطا ٢,٣٠٩ والجدوليه ٢ عند ٠,٠٥ وكان الفرق بينهم وبين المسنين المتعلمين تعليما عاليا دال احصائيا عند مستوى ٠,٠٠١ حيث كانت ت المحسوبة ١٧,٤٥ والجدولية ٣,٤٦ ، كما كان الفرق بين المسنين المتعلمين تعليما متوسطا والمسنين المتعلمين تعليما عاليا دال احصائيا عند مستوى ٠,٠٠١ حيث كانت ت المحسوبة ١٢,٢٩ والجدولية ٣,٤٦.

بذلك تحقق الفرض الثالث حيث ترتفع الحالة العقلية بارتفاع المستوى التعليمى وتنخفض بانخفاضه بفارق جوهرى .

نتائج الفرض الرابع الذى ينص على : يتوقع الباحث أن تكون الحالة العقلية للمسنين الأسوياء أفضل من مرضى العته فالفصام ، وأن تكون لدى مرضى العته أفضل من الفصاميين بفارق جوهرى .

جدول (٧)

يوضح الفروق بين الأسوياء ومرضى العته والفصام

أبعاد المقارنة	ن	م	ع	قيمة ت
أسوياء	٥٢	٢٥,٩٤	٥,٩٥	١,٤٤
عته	٥١	٢٤,١٨	٦,١٥	
أسوياء	٥٢	٢٥,٩٤	٥,٩٥	٤,٢١٩
فصام	٤٩	٢٠,١٦	٧,٥٧	
عته	٥١	٢٤,١٨	٦,١٥	٢,٦١٧
فصام	٤٩	٢٠,١٦	٧,٥٧	

من الجدول (٧) يتضح أن الحالة العقلية للأسوياء ومرضى العته أفضل منها عند الفصاميين بفروق جوهرية عند مستوى ٠,٠٠١ و ٠,٠٥ حيث كانت ت المحسوبة ٤,٢١٩ ، ٢,٦١٧ والجدولية ٣,٢٩١ ، ٢ على التوالى ، بينما كان الفرق بين المسنين ومرضى العته غير دال إحصائيا حيث كانت ت المحسوبة ١,٤٤ .

بذلك تحقق الفرض الرابع جزئيا حيث كان الفصاميون أقل الفئات الثلاث قدرة عقلية من المسنين الأسوياء ومرضى العته بفروق جوهرية ، بينما لم توجد بين الأسوياء ومرضى العته فروق جوهرية ، الا أن متوسط درجات الأسوياء أعلى منه عند مرضى العته . وهو نفس اتجاه الفرض فى البحث الحالى .

مناقشة نتائج البحث

أشارت العديد من الدراسات والبحوث إلى أن ضعف القدرة العقلية من الخصائص التى تصاحب مرحلة الشيخوخة كما أن التقدم فى العمر يؤثر على تذكر العلاقات المكانية والذاكرة المنطقية

والذاكرة بعيدة المدى (عزت سيد احمد ، ١٩٨٤ : ٢٢) ، وتؤكد الدراسات والبحوث التى استخدمت أسلوبى التعرف والاسترجاع أن هذا الانحدار يرجع الى ضعف القدرة على الاستدعاء Schonfield , 1965 فى (المرجع السابق :٩) ، هذا الانحدار يؤدى إلى البطء والحذر والتصلب فى الاستجابات (Botwinic , 1981) وقد أوضح وكسلر Wechsler تدهور القدرات العقلية مع التقدم فى العمر كما يقيسها اختبار وكسلر (عبد الرحمن العيسوى ، ١٩٨٩ : ٤٥) ، كما أكد هولاند ورابيت Holland & Rabbit (١٩٩١) فى وودز (٢٠٠٠ : ٤٨٦) تناقص الدرجات بالتقدم فى العمر .

فالبنسبة للجنسين تتفق نتائج البحث الحالى مع نتائج (Nathan, et al , 1983 , P.163) حيث وجدوا أن القدرة العقلية والمعرفية والتركيز لدى الذكور أفضل منها لدى الاناث ، كما وجد أيمن عبد الفتاح ،١٩٩٧؛ (Heston &white ,1983 in Perlmuter,1992P.159) أن نسبة النساء المريضات بالعته كانت اكبر منها بين الرجال ، وأن الزهيمر السبب الرئيسى لحدوث العته هذا ما أكده عبد الرحمن العيسوى (١٩٨٩ : ٥٩) واحمد عكاشة (١٩٩٢ : ٣٦٥) على العكس من العته الناتج عن جلطات المخ المتكررة (العته الانسدادى) الذى يبدأ من سن الخمسين ويحدث بين الرجال اكثر من النساء لأن هرمون الاستروجين يحميهن من أمراض الشرايين كما وجد (Frisoni,1999) أن الإناث كن أكثر انخفاضا للقدرة العقلية من الرجال.

أما بالنسبة للمراحل العمرية فقد تضاربت نتائج البحوث والدراسات السابقة حول متغير السن فقد اتفقت نتائج البحث الحالى مع كل من (Folstein,et al,1975) و (Crum,et al , 1993) الذين وجدوا أن الدرجة على الاختبار تقل بالتقدم فى العمر ، ومع مايلزوملز (١٩٣٢) فى محمد سميرعبد الفتاح (١٩٨٨) حيث كان المسنون أقل قدرة عقلية من الشباب ومع جلبيرت (١٩٧٧) فى جابر عبد الحميد (١٩٧٧) حيث وجد أن الأكبر سنا أقل قدرة على التذكر من الأصغر سنا ، فى تنظيم الذاكرة ، وقد أكد عزت سيد أحمد (١٩٨٤) من خلال العديد من الدراسات لكل من Gordon &Clark (١٩٧٤)Frber (١٩٧٤) ، Hultsch(١٩٧٥) و Taub&Kline (١٩٧٨) و Cohen(١٩٧٩) أن الأصغر سنا كانوا أفضل استدعاء للمعلومات من الأكبر ، وأن كبار السن أقل قدرة على الاستدلال والاسترجاع والتعرف من الأصغر سنا وأنهم يكتسبون المعلومات ويختزنونها بدرجة أقل من الأصغر سنا لأن معرفتهم بالمعلومات تكون

جزئية وبالتالى يكون استدعاؤهم قاصرا ، كما يحدث قصور فى عملية التخزين يؤدى إلى ضعف الاستدعاء ، أى أن هذا الضعف يرجع إلى عمليتى التخزين والاسترجاع ونفس الاتجاه عند عبد اللطيف خليفة (١٩٩١) ، محمد صبور (١٩٩١) ، محمد فهمى (١٩٩٥) كما وجدت نانسى دينای Denney(١٩٨٦) فى (Santrock , 1997 , P.555) أن الأصغر سنا اكثر قدرة على التذكر وحل لمشكلات من الاكبر سنا . ، علما بأنهم لم يستخدموا اختبار الحالة العقلية المختصر .

بينما تختلف نتائج البحث الحالى مع (Balts & Schaie , 1974) و محمد سميرعبد الفتاح (١٩٨٨) الذين وجدوا أن القدرة العقلية لم تتأثر بالتقدم فى العمر ، حيث لم يجدوا علاقة واضحة بين التقدم فى العمر وتدهور الحالة العقلية ، ولم يتم التوصل الى نسب الذكاء التى تنخفض مع الشيخوخة بالتقدم فى العمر ، كما لم يجد (Frisoni,1999) ارتباطا بين الدرجة على اختبار الحالة العقلية المختصر والسن ، ولم يجد (Buining , 1967) علاقة واضحة بين المستويات العمرية والاداء على اختبار الذاكرة ودقة التركيز ، وتتفق فى ذلك فاطمة المصرى (١٩٨٥) .

الا أن (Botwinic,1981) وجد أن القدرة العقلية للمسنين تبقى سليمة حتى سن الخامسة والسبعين بعدها يبدأ الانحدار ، بينما يرى مايلز وملز (١٩٣٢) فى محمد سمير عبد الفتاح (١٩٨٨) أن الانحدار يبدأ من سن ٥٠-٨٠ .

أما المستوى التعليمى تتفق نتائج البحث الحالى مع نتائج كل من (Crum.etal ,1993 , Folstiem , et al , 1975) حيث وجدوا أن الدرجة على اختبار الحالة العقلية المختصر ترتفع بارتفاع المستوى التعليمى وتنخفض بانخفاضه ، وتؤكد هالة العمران (١٩٨٤ : ٤٥) على أن الاستمرار فى الممارسة الفكرية يؤدى إلى ابطاء سرعة التدهور العقلى لدى المسنين ،كما وجد أيمن عبد الفتاح (١٩٩٧) علاقة بين مرض العته ومستوى التعليم حيث بلغت نسبة الأميين ٨٩,٧٤% ، بينما كان المتعلمون ١٠,٢٦% كما وجد (Frisoni,1999) ارتباطا بين القدرة العقلية الضعيفة والمستوى التعليمى الأقل ، وهذه البحوث جميعها استخدم اختبار الحالة العقلية المختصر .

وبالنسبة لحالتى السواء والمرض ترجع هذه النتائج الى أن المسنين الأسوياء ومرضى العته يمثلون فئة أكلينيكية واحدة فالعته كما سبق أن تناول الباحث اكثر الاضطرابات العقلية تعقيدا وأثرا فى الشيخوخة (Cnnolly & Williams ,1993, in Santrock,1997, P.562)

بينما فصام الشيخوخة على الرغم من التشابه الاكلينيكى بينه وبين الشيخوخة إلا أن هناك اختلافا بينهم مما يؤكد عدم تجانسهم (Howard,et al,1993) لذلك كان مرضى البرافرينيا أكثر تأخرا فى النواحى العقلية من العينة الضابطة (Howard , et al , 1994)

من الملاحظ أن الدراسات السابقة على المسنين التى استخدمت اختبار الحالة العقلية المختصر تناولت متغيرى العمر والمستوى التعليمى فقط ولم تتناول متغيرى الجنس والمرض ، وقد تناقصت نتائج البحوث السابقة بالنسبة لمتغير العمر ، بينما لم تظهر تناقضا بالنسبة للمستوى التعليمى على المستويين المحلى والعالمى ، ولم يتوقف تناقص نتائجه عند هذا الحد بل تناقصت نتائج البحوث والدراسات السابقة التى استخدمت اختبار الحالة العقلية المختصرة ، فيما يخص علاقتها بالجوانب البدنية ، ففى الوقت الذى وجد فيه (Frisoni,1999 ; Marko&Gertrudis1999) أن الأداء العقلى يتأثر بالعوامل الصحية عند المسنين حيث حصل ضعاف الصحة على درجات متدنية على اختبار الحالة العقلية يؤكد هذا هولند ورابيت (١٩٩١) فى وودز (٢٠٠٠ : ٤٨٦) بينما لم يجد (Kalmijn ,et al , 1999) علاقة بين الاتزان البدنى والانحراف العقلى ، كما أن الدراسات والبحوث التى أجريت بغرض دراسة أثر بعض الأدوية لتحسين الحالة العقلية للمسنين أكدت على عدم جدوى هذه الفيتامينات والأدوية فى تحسين الحالة العقلية للمسنين

(Thommessen & Laake , 1996; Brantigam ,et al,1998; Paleologes , et al, 1998 ; Baker,et al ,1999)

فى المقابل أكد (Howard,1998) أن مضادات الذهان يمكن أن تؤدى الى تحسن الحالة العقلية لمرضى الفصام كبار السن ، بل أكد على أنه من المحتمل أن تكون أكثر فعالية من علاج الزهيمر .

يدل ذلك على أن الاختبار يعطى نتائج مختلفة باختلاف العينات والمتغيرات مما يعنى الحاجة إلى التوسع فى استخدامه على عينات أكبر حجما واكثر اتساعا ومتغيرات مرضية وبيولوجية واجتماعية ونفسية مختلفة ، حتى يتمكن الباحثون من حسم أسباب التناقض فى نتائجه .

كما لاحظ الباحث ارتباطاين ارتفاع الدرجة وانخفاضها بين بنود الحساب وبنود الأداء ،كذلك ارتباط درجات البنود اللفظية مع بعضها البعض ارتفاعاً وانخفاضاً . هذا مايؤكد عزت سيد احمد (١٩٨٤ : ٣-٤) وسانى (١٩٩٠) فى وودز (٢٠٠٠ : ٤٨٥) حيث يحدث تدهور ضئيل فى القدرة اللفظية قد لاتحدث مع التقدم فى العمر ، فى حين يكون معظم التدهور فى الجوانب الآدائية مما يعنى أن التدهور العام فى الوظائف العقلية يكون ناتجا عن التدهور فى الجانب الآدائى . هذا ما

أكده عبد الرحمن العيسوى (١٩٨٩ : ١١-١٢) ، وفى دراسة طوليه لأويتر (١٩٦٦) فى وودز (٢٠٠٠ : ٤٨٥) باستخدام اختبار ألفا للجيش Army Alpha وجد انخفاضا قليلا خاصة فى الدرجات الأدائية بعد الستين من العمر ، بينما يظهر الانخفاض فى الدرجات اللفظية فى الأعمار الأكبر ، لذلك يرجو الباحث الحالى أن تجرى دراسات عن البروفيل العقلى للمسنين من خلال الدرجات على كل بعد من أبعاد اختبار الحالة العقلية المختصر .

الوقاية والعلاج

يرى عبد الرحمن العيسوى (١٩٨٩ :٨٥) عدة أساليب للوقاية من أمراض الشيخوخة .

١- زيادة الكفاية الانتاجية للفرد Productivity

٢- زيادة الفترة الزمنية للحياة العملية خاصة للفئات المنتجة

٣- تقليل نسبة الإصابة بالأمراض

٤- زيادة عوامل السعادة بين الناس .

أما بالنسبة للعلاج النفسى فترى وودز (٢٠٠٠) أنه من غير المحتمل تطوير علاج نفسى لآثار الشيخوخة ، ويجب أن يكون هدفه تحسين نوعية حياتهم ، وزيادة التنبيه الحسى للمسنين بالموسيقى واللمس ، وتغيير البيئة الفيزيقية المحيطة بإعادة ترتيب الأثاث ، الرعاية النموذجية ، وتغيير البيئية المحيطة عن طريق الخروج لأماكن جديدة ومتنزهات مرة فى الاسبوع ، محاولة تعديل السلوك رغم صعوبة ذلك ، التكيف مع الواقع ليكونوا أكثر وعيا بما يحدث حولهم ، تفصيل دور الهيئات الأهلية نظرا للتكلفة العالية للعلاج . والاتجاه للعلاج السلوكى أفضل من أنواع العلاجات التجريدية . وعلى المستوى المحلى توجد دراسات عديده استخدمت فيها الموسيقى وأنواع أخرى من الفنون لهذا الغرض على سبيل المثال هدى حسن (٢٠٠١) ، وعلى المستوى الخارجى فانى Fanny (١٩٩٩) .

قائمة المراجع

أولا : المراجع العربية :-

١- احمد عكاشة : الطب النفسى المعاصر ، ط ٢ ، القاهرة ، الانجلو المصرية ، ١٩٩٢ .

٢- أيمن عبد الفتاح الحداد : دراسة اكلينيكية وبائية عن مرض العته فى قرية من قرى محافظة المنوفية ، رسالة ماجستير ، كلية الطب ، جامعة المنوفية ، ١٩٩٧، غير منشورة .

٣- جابر عبد الحميد جابر : الذكاء ومقاييسه ، ط ٤ ، القاهرة ، دار النهضة ، ١٩٧٧ .

٤- حنان حسن احمد : دراسة وصفية مقارنة للمشكلات الاجتماعية والنفسية للمسنين فى دور الرعاية الايوائية والمترددين على نوادى رعاية المسنين ، رسالة ماجستير ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٩٤ . غير منشورة .

٥- سعيد نور الدين أرناؤوط: استراتيجية رعاية المسنين فى منظمة الصحة العالمية لأقليم الشرق الأوسط المؤتمر الأقليمى العربى الثانى لرعاية المسنين ، جامعة حلوان ، القاهرة ، ٢٠٠١ : ١١-٣٤.

٦- سلوى محمد عبد الباقى : المسنون ونوعية الحياة ، المؤتمر الأقليمى العربى الثانى لرعاية المسنين . جامعة حلوان ، القاهرة ، ٢٠٠١ : ٤٩-٥٢.

٧- سهير كامل :الحرمان من البيئة الطبيعية وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من المسنات بدور الرعاية الخاصة ، دراسات نفسية ، ط٤ ، القاهرة ، الانجلو المصرية ، ١٩٩١، صـ ١٨ .

٨- سيلفانو أريتى : الفصامى : كيف نفهمه ونساعده ، دليل للأسرة وللأصدقاء ، ت . عاطف احمد ، الكويت ، عالم المعرفة ، ١٩٩١ .

٩- شامل ضياء الدين : احتياج كبار السن إلى دور الرعاية المتكاملة واحتياجات كبار السن داخل دور الرعاية المتكاملة ، المؤتمر الأقليمى العربى الثانى لرعاية المسنين ، جامعة حلوان، القاهرة ، ٢٠٠١ : ٢١٥-٢٢٢.

١٠- شاهيناز عبد الهادى : الحاجات النفسية للمسنين ، دراسة ميدانية ، رسالة ماجستير ، كلية البنات ،جامعة عين شمس : ١٩٨٦ . غير منشور .

١١- عايدة عبد الحميد محمد : الجديد فى تهيئة المعالج بالفن للعمل ضمن فريق رعاية المسنين ، المؤتمر الأقليمى العربى الثانى لرعاية المسنين،جامعة حلوان ،القاهرة، ٢٠٠١: ٥٥-٥٨ .

١٢- عبد الحليم محمود ، زين العابدين درويش : الاعداد العلمى والمهنى للاحصائى النفسى فى مجال المسنين " مبرراته " ، المؤتمر الاقليمى العربى الثانى لرعاية المسنين ، جامعة حلوان القاهرة ، ٢٠٠١ : ١٣٧ -١٥٠ .

١٣- عبد الرحمن العيسوى : اضطرابات الشيخوخة وعلاجها ، بيروت ، دار النهضة العربية ، ١٩٨٩ .

١٤- عبد الرحمن العيسوى : الأعضية النفسية والذهانات العقلية ، الاسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ، ١٩٩٤ .

١٥- عبد اللطيف خليفة : دراسة فى سيكلوجية المسنين ، القاهرة ، الانجلو المصرية ، ١٩٩١.

١٦- عزت سيد احمد : التغيرات السيكولوجية المصاحبة للشيخوخة ، فى عزت سيد احمد ، التقدم فى السن ، دراسات نفسية اجتماعية ، الكويت ، دار القلم ، ١٩٨٤ .

١٧- عزة عبد الكريم فرج : تحسين التوافق النفسى والاجتماعى والصحى لدى المسنين باستخدام برنامج ارشادى يعتمد على استراتيجيات المساندة الاجتماعية ، المؤتمر الأقليمى العربى الثانى لرعاية المسنين ، جامعة حلوان ، القاهرة ، ٢٠٠١ : ١٩١ -٢٠٨ .

١٨- فاطمة المصرى : أبحاث ومقالات فى الدراسات الاجتماعية والنفسية ، القاهرة ، دار المريخ ، ١٩٨٥.

١٩- فؤاد أبوحطب ، أمال صادق : مناهج البحث وطرق التحليل الاحصائى فى العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية ، القاهرة ، الانجلو المصرية ، ١٩٩١.

٢٠- ماجدة حامد عمار : تنظيم الذاكرة لدى كبار السن ، دراسة استطلاعية ، المؤتمر الثالث لعلم النفس ، الجمعية المصرية للدراسات النفسية ، القاهرة ، ١٩٨٧ .

٢١- مايكل ديفز : المسنون وتوفير الصحة للمجتمع ، منظمة الصحة العالمية ، المجلد العاشر ، ١٩٩٢ .

٢٢- محمد بشير قصاص : حفظ وتقرير صحة المسن ، وزارة الصحة ، سوريا ، ١٩٩٧ .

٢٣- محمد حسن غانم : قلق الموت والاكتئاب وعلاقتهما بنوعية المشكلات لدى المسنين ، المؤتمر الأقليمى العربى الثانى لرعاية المسنين ، جامعة حلوان ، القاهرة ، ٢٠٠١ : ١٧٩ -١٩٠

٢٤- محمد سمير عبد الفتاح : سيكلوجية المسنين ، دراسة فى بعض القدرات وعلاقتها بمفهوم الذات ، رسالة دكتوراه ، آداب عين شمس ، ١٩٨٨ ، غير منشورة .

٢٥- محمد صبور : إعداد كوادر الأطباء فى مجال المسنين ، ندوة نحو رعاية متكاملة للمسنين ، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ، القاهرة ، مارس ١٩٩١ .

٢٦- محمد سيد فهمى : الرعاية الاجتماعية لكبار السن ، الاسكندرية ،دار المعرفة الجامعية ، ١٩٩٥ .

٢٧- هالة العمران : التوافق النفسى للمسنين ، فى عزت سيد احمد ، التقدم فى السن ، دراسات اجتماعية نفسية ، الكويت ،دار القلم ، ١٩٨٤ .

٢٨- هدى حسن محمد : برنامج مقترح لتحسين الحالة المزاجية للمسنين ، المؤتمر الأقليمى العربى الثانى لرعاية المسنين ، جامعة حلوان ، القاهرة ، ٢٠٠١ : ٨٩-١٠٠ .

٢٩- هدى قناوى : سيكولوجية المسنين ، مركز التنمية البشرية والمعلومات ، الجيزة ،١٩٨٧

٣٠- وودز : فحص مشكلات المسنين فى ليندزاى ، بول : مرجع فى علم النفس الأكلينيكى للراشدين ، ت . صفوت فرج ، القاهرة ، الانجلو المصرية ، ٢٠٠٠ : ٤٨١-٥٠٨

٣١- وودز : علاج مشكلات المسنين فى ليندزاى ، بول : مرجع فى علم النفس الأكلينيكى للراشدين ، ت . صفوت فرج ، القاهرة ، الانجلو المصرية ، ٢٠٠٠ : ٥٠٩-٣١

ثانيا : المراجع الاجنبية :-

32- Baker H., Angelis , B .,Baker , E . et al ; Lake of effect of I year intake of dose Vitamen and mineral Supplement on Cognitive function of elderly women , Gerontology , 1999 , vol . 95 No. 4, PP.195-9.

33- Baites & Schaie ; Aging and I . Q. The vyth of the twilight years , Psychology Today , 1974 , vol . 10, PP. 35 . –40.

34- Basavanna ; Dictionary of psychology , New Delhi, Auied Publishers Limited 2000.

35- Blundell , E.,A Psychological Study of the effects of surgery on 86 elderly patient , British Journal of Social clinical Psychology , 1967 , Vol . 6 ,PP. 297-303.

36- Botwinic ; Intellectual ability among simuttancaus cross- sectioned and longitudinal comrisous, Journal of Devlopmental Psychology , 1981 , Vol 16, No.50, PP.15-7.

37- Brantigam , M., Blomaert,F., Verleye,G. et al; Treatment of age related memory complaints with Ginkgo biloba ertract : a randomized double blind placebo controlled study,phytomedicine,1988, vol . 5No.6,PP.425-34.

38- Bush ,B.; Men,s fitness:Aging great , Journal of the American Heart Association , August, 1998.

39- Crum R., Anthony , J.; Bassett , folestein ,M.; Population based norms for the MMES by age and educational level , Journal of American Medical Assocation , May 1993 , Vol . 1.2 G9. No. 18 . PP . 2380-91.

40- Dugbartey , A., Dugbartey , M .; Apedo, M.; Delayed neuropsychiatric effects of malaria in Ghana , Journal of Nervous and Mental Diseuse , 1998 ,vol . 186 No. 3, PP. 183-6.

41- Fanny ,S., The influence of background music on the performance of the MMES with patients diagnosed with Alzheimer's diseae , the Journal of Music Therapy 1999, vol . 36, No.3, PP. 196-206.

42- Folstein , M., Folstein , S.; Mc Hugh P.; Mini Metal state : A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinican , Journal psychiatry Res., 1975 , PP. 12-189.

43- Forlenza , G.; Vieira , A.; Nobrega , J.; et al ., Psychiatric manifestations of neurocysticerosis: Astudy of 38 patients from a neurology clinic in Brazil , Journal of neurology neuorosurgery and psychiatry , 1997, vol . 62 , No . 6, PP. 612 –16.

44- Frisoni , G.; Cognitive and the perception of physical symptoms in community dwelling elderly,Journal of Behavioral medicine , spring 1999.

45- Gall,S.;(ed),The Gale encyclopedia of psychology, New York , Gale, 1996.

46- Goldberg, K, New Aging (Brief Article), insight on the news, May , 15,2000.

47- Greig , T.; Brtty , M.; Kaplan , E.; et al.; Object relations and reality resting in early and late onest schizophrenia , Journal of clinical psychology , vol . 56, No. 4 , 2000 , PP. 505-17

48- Huijbregts , P.; Feskensns , E.; Rasanen,L. et al., Dietary Patterns and cognitive function in elderly men in finland , Italy and Netherland , European Journal of clinical Nutrition , 1998, vol . 52 . No. 11, PP. 826-31.

49- Hornestein , C., Richter, P.; Mortiner, A.; et al , Dimensions of schizophrenia and motor symptoms , Journal Article Review , 1999 , vol . 64 , No. 3 , PP. 243-8

50- Howord , R.; Costle , D.; Wessely , S.; et al.; onest and late onest schizophrenia , BR, Journal of psychiatry , Sep. 1993, vol .163, PP. 352-7

51- Woward , R.,Almeida, O.; Levy . R.; et al ., Quantative magnetic resonane imaging volume try distinguishes , delusional disorder from late onest schizophrenia , Journal of psychiatry, Oct. 1994 , Vol. 165 , No. 4. PP. 474 –80.

52- Howard , R.; Cognitive impairment in late life schizophrenia : A sutable case for treatment , Int., Journal of Geriater psychiatry , Jun 1998, vol . 13 , No. 6, PP. 400-4

53- Jacqmin , H.; Commenges , D.; lettnneur, l.; et al; components of drinking water and risk of cognitive impairment in the elderly, American Journal of Epidemiology 1994, vol . 139, NO. I.; pp. 48.57.

54- Kalmijn , S.; Launer, L., Lindemans ,J.; et al., Total homocysteine and cognitive decline in a community – based sample of elderly subjects : the Rotterdam study , American Journal of Epideminology , 1999 , vol . 150 , No. 3, PP.283-9.

55- Marko , J.; Gertrundis,K., Effect of self rated health on cognitive performance in community dwelling elderly , Education Gerontology , Vol . 25, No. 1, Jan - Feb . 1999 , PP.13-7.

56- Nathan , R.; Gwess , Polord; Normal Psychology of the aging , normale eldery men , jonsitudinal study , Journal of Geriatric Psychology , 1983, vol . 16 No. 2, PP. 163-88.

57- Paleologos , M.; Cumming , R.; Lazarus, R.; Cohort study of vitamin C intake and cognitive impairment , American Journal of Epidemiology , 1988 , vol. 108, No.1 ,PP.45-50.

58- Paradox , R;, Aging , Gale Encyclopedia of Alternative Medicine , New york, Gale Group and Looksmart, 2001.

59- Perlmutter,M;, Adult development and aging , 2 ed, ed. New York , Johnwiley & Sons , INC., 1992.

60- Potocnik , F., Reusburg , S., Park, C.,et al.; Zinc and Platelet membrance microviscosity in Alzheimer's disease, the in Vivo effect of zinc on Platelet membrance and cognition , South Africa Midical Journal , 1997, Vol . 87, No.9, PP. 1116-19

61- Roth , M. &Kay, D.; Late Paraphrenia : a variant of schizophrenia manifest in Late life or on organic Clinical syndrome ? A review of recent evidence , Int Journal of Geriater Psychiatry Nov., 1993 , Vol. 13, No.11, PP. 775 –84.

62- Rossler, R.; Rossler, W., Forstl, H., et al ., Late onest schizophrenia and late paraphrenia ,Journal Article Review,1995,Vol . 21 , No. 3, PP. 345-54.

63- Santrock, J., Life Span development , 6 th . ed, London, Brown & Benchmark Publishers, 1997.

64- Sarason , G & Sarason , B., Abnormal psychology , 4 th . ed., New Jersy ,prentice Hall ,Inc., 1984

65- Thommessen, B., Laake , K., No. identifiable effect of genseng (Gericomplex) as an adguvant in the treatment of geriatic patients , Aging . clinical Experemental Research , 1996, Vol. 3 No. 6 , PP. 417-20.

بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة المنوفية

كلية الآداب

قسم علم النفس

ملحق رقم (١)

إختبار الحالة العقلية المختصر

تعريب وتجريب الدكتور / جبر محمد جبر

اسم المفحوص : ..... السن :.....

الجهة التى حولته للعيادة : ..... أسباب التحويل : .....

الجنس : .....مستوى التعليم : .....

* التاريخ :

٦درجات

١- إحنا فى سنة كام ميلادى .....

٢- وفى سنة كام هجرى .....

٣- إحنا فى اى فصل من فصول السنة .....

٤- وفى أى شهر .....

٥- النهارده إيه فى أيام الأسبوع .....

٦- تاريخ النهارده كام .....

* المكان

٦درجات

٧- ما اسم وطنك ؟

٨- ما اسم محافظتك ؟

٩- ما اسم المدينة أو المركز اللى انت تتبعه ؟

١٠- ما اسم القرية أو الحى اللى انت عايش فيه ؟

١١- ما رقم البيت اللى بتسكنه ؟

١٢- فى أى دور شقتك ؟

١٣- ما اسمك ثلاثياً ؟

٣درجات

* الحساب والانتباه

١٤- تسلسل الأعداد : تقدر تعد من ١ الى ٧

١٥- اطرح : (١٠-٦) و (١٣-٧) و (٢٠-١٢) و (٢٥-١٧)

(أو يذكر أيام الأسبوع بالترتيب إذا كان جاهلاً بالحساب ويكتفى بخمسة أيام متتالية)

٥درجات

١٦- هأقولك كلمة ركز فيها كويس عشان عاوزك تقولى حروفها بالعكس

أ - مصر (ر - ص - م)
ب- يعقوب (ب- و- ق - ع - ى) درجتان
ج- فينيقيين (ن - ى - ى- ق- ى -ن- ى - ف) ٣ درجات

درجة واحدة

* اللغة

٦درجات

١٧- تسمية الأشياء : يُعرَض على المفحوص قلم رصاص لتسميته (ده اسمه ايه؟)
يُعرَض على المفحوص ساعة لتسميتها (ودي اسمها ايه ؟)

١٨- تكرار جملة : هأقولك كلمتين كررهم ورايا وأحتفظ بهم فى مخك (لولا ان)

١٩-هأقولك ٣ كلمات عاوزك تقولهم وبرضه تحتفظ بهم فى مخك(سيارة/ دجاجة / شجرة)

* تنفيذ الأوامر

٢٠- يطلب من المفحوص ان يردد ويفعل الآتى : غمض عينيك
خد الورقة اللى فى ايدى اليمين .. طبقها نصين.. حطها على الأرض

٧درجات

٢١- عاوزك تكتب جملة من فاعل ومفعول (مع تجاهل الأخطاء الهجائية)

٢٢-يطلب من المفحوص إغماض عينية ويعطى فى يده مفتاح لتسميته(غمض عينيك..ايه د

* التذكر

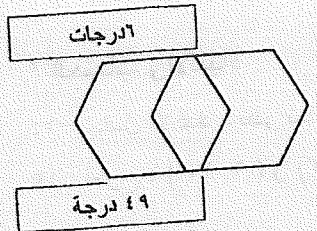
٤درجات

٢٣- يطلب من المفحوص تذكر الكلمات الثلاث فى رقم ١٩ (فى ٣ كلمات قلناهم من شوية ايه هما)

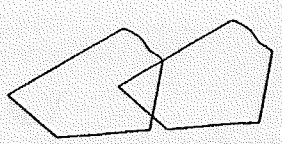
٢٤- يطلب من المفحوص تذكر جملة لولا ان (قبلهم قلنا جملة ايه هيه)

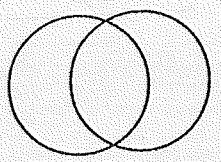
٢٥- يطلب من المفحوص رسم الأشكال التالية فى مساحة من ١- ٥ سم (شوف الأشكال دي .. أفتكرها كويس عشان عاوزك ترسمها من الذاكرة)

٦درجات



٤٩ درجة





بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة المنوفية

كلية الآداب

قسم علم النفس

ملحق رقم (٢)

إختبار الحالة العقلية المختصر

تعريب وتجريب الدكتور / جبر محمد جبر

اسم المفحوص : ..... السن :.....

الجهة التى حولته للعيادة : ..... أسباب التحويل : .....

الجنس : .....مستوى التعليم : .....

* التاريخ :

٥درجات

١- إحنا فى سنة كام ميلادى .....

٢- وفى سنة كام هجرى .....

٣- إحنا فى اى فصل من فصول السنة .....

٤- وفى أى شهر .....

٥- تاريخ النهارده كام .....

* المكان

٤درجات

٦- ما اسم وطنك ؟

٧- ما اسم محافظتك ؟

٨- ما اسم المدينة أو المركز اللى انت تتبعه ؟

٩- ما رقم البيت اللى بتسكنه ؟

* الحساب والانتباه

١٠- تسلسل الأعداد : تقدر تعد من ١ الى ٧

١١- اطرح : (١٠-٦) و (١٣-٧) و (٢٠-١٢) و (٢٥-١٧)

(أو يذكر أيام الأسبوع بالترتيب إذا كان جاهلاً بالحساب ويكتفى بخمسة أيام متتالية)

٥درجات

١٢- هأقولك كلمة ركز فيها كويس عشان عاوزك تقولى حروفها بالعكس

أ - مصر (ر - ص - م) درجة واحدة

ب- يعقوب (ب- و - ق - ع - ى) درجتان

ح- فيليقيين (ن - ى - ب- و- ى -ن- ى - ف) ٣ درجات

* اللغة

٦درجات

١٣- تسمية الأشياء : يُعرَض على المفحوص قلم رصاص لتسميته (ده اسمه ايه؟)

يُعرَض على المفحوص ساعة لتسميتها (ودي اسمها ايه ؟)

١٤- تكرار جملة : هأقولك كلمتين كررهم ورايا وأحتفظ بهم فى مخك (لولا ان)

١٥-هأقولك ٣ كلمات عاوزك تقولهم وبرضه تحتفظ بهم فى مخك(سيارة/ دجاجة / شجرة)

بفارق ثانية بين كل كلمة وأخرى

* تنفيذ الأوامر

١٦- يطلب من المفحوص ان يردد ويفعل الأتى : غمض عينيك

٦درجات

خد الورقة اللى فى ايدى اليمين .. طبقها نصين.. حطها على الأرض

١٧- عاوزك تكتب جملة من فاعل ومفعول (مع تجاهل الأخطاء الهجائية)

* التذكر

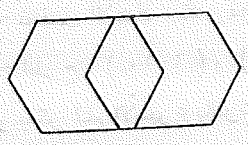
٤درجات

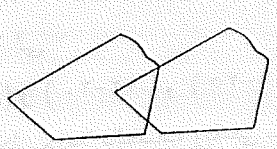
١٨- يطلب من المفحوص تذكر الكلمات الثلاث فى رقم ١٥ (فى ٣ كلمات قلناهم من شوية ايه هما)

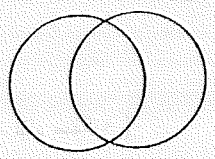
١٩- يطلب من المفحوص تذكر جملة لولا ان (قبلهم قلنا جملة ايه هيه)

٢٠- يطلب من المفحوص رسم الأشكال التالية فى مساحة من ١- ٥ سم (شوف الأشكال دي .. أفتكرها كويس عشان عاوزك ترسمها من الذاكرة)

٦درجات







٤٢ درجة