

جامعة البحرين

كلية الآداب

قسم علم النفس

برنامج الماجستير في

علم النفس الإرشادي



دراسة العلاقة بين الاعتماد على الأدوية النفسية والذاكرة العاملة لدى المسنين بمملكة البحرين

أطروحة مقدمة كجزء من متطلبات الحصول على درجة الماجستير

في علم النفس الإرشادي

إعداد

دانية ناجي كابلي

٢٠٠٩٤٩٣١

بكالوريوس اقتصاد منزلي - كلية التربية بجددة - المملكة العربية السعودية

إشراف

د. أحمد سعد جلال

أستاذ علم النفس المشارك بقسم علم النفس جامعة البحرين

مملكة البحرين

أكتوبر ٢٠١٣

جامعة البحرين

كلية الآداب



قسم علم النفس

برنامج الماجستير في

علم النفس الإرشادي

دراسة العلاقة بين الاعتماد على الأدوية النفسية والذاكرة العاملة لدى المسنين بمملكة البحرين

أطروحة مقدمة كجزء من متطلبات الحصول على درجة الماجستير

في علم النفس الإرشادي

إعداد

دانية ناجي كابلي

٢٠٠٩٤٩٣١

بكالوريوس اقتصاد منزلي - كلية التربية بجدة - المملكة العربية السعودية

إشراف

د. أحمد سعد جلال

أستاذ علم النفس المشارك بقسم علم النفس جامعة البحرين

مملكة البحرين

أكتوبر ٢٠١٣



﴿وَاللَّهُ خَلَقَكُمْ ثُمَّ يَتَوَفَّاكُمْ ۚ وَمِنْكُمْ مَنْ يُرَدُّ إِلَىٰ أَرْضِ الْغُرِّ لِكَيْ لَا يَعْلَمَ بَعْدَ عِلْمٍ شَيْئًا

ۚ إِنَّ اللَّهَ عَلِيمٌ قَدِيرٌ ﴿٧٠﴾

(سورة النحل، الآية: ٧٠)

ملخص الدراسة

استهدفت الدراسة الحالية التعرف على العلاقة بين الاعتماد على الأدوية النفسية والذاكرة العاملة لدى المسنين بمملكة البحرين، كذلك التعرف على مدى اختلاف هذه العلاقة (إن وجدت) باختلاف: الجنس، والفئة العمرية، والتعرف على دلالة أثر متغيرات: الجنس، والحالة الاجتماعية، والعمر، والمستوى التعليمي، والأمراض الجسمية المزمنة، وكمية الأدوية المستخدمة على الذاكرة العاملة للمسنين، كذلك التعرف على دلالة الفروق بين الجنسين والفئات العمرية في الذاكرة العاملة لدى المسنين، والتعرف على أكثر الأدوية النفسية التي تؤثر سلباً على الذاكرة العاملة لدى المسنين. وقد اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي بشقيه (الارتباطي والمقارن) للتعرف على دلالة العلاقة بين الاعتماد على الأدوية النفسية للمسنين وذاكرتهم العاملة، واختلاف هذه العلاقة باختلاف الجنس، والفئة العمرية. وقد اشتمل مجتمع الدراسة على كافة المسنين بمملكة البحرين، والذين تبلغ أعمارهم فوق الستين سنة، واشتملت عينة الدراسة على المسنين من أعمار ٦٠ سنة فما فوق، والذين بلغ عددهم في الدراسة الحالية ٦٠ مسناً (٣٦ من الذكور بنسبة ٦٠٪، و٢٤ من الإناث بنسبة ٤٠٪). وهو ما يمثل حوالي ٢٪ من مجتمع الدراسة الأصلي. وتضمنت أدوات الدراسة الاختبارات التالية: اختبار المدى البصري Visual Span، واختبار اكتساب القوائم List Acquisition، واختبار القوائم المباشر Immediate List Recall، واختبار المدى اللفظي Verbal Span، واختبار التذكر البصري المباشر Immediate Visual Recall من إعداد: (صلاح الدين الشريف، ٢٠٠٣)، وبعد التحقق من صدق وثبات الأدوات في البيئة المحلية، تم التوصل إلى أهم النتائج التالية:

- ١- لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الاعتماد على الأدوية النفسية وبين الذاكرة العاملة لدى المسنين بمملكة البحرين، وكذلك أتضح أنه لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الاعتماد على الكحوليات وبين الذاكرة العاملة. بينما وجدت علاقة ارتباطية عكسية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ٠,٠٥، بين التدخين والذاكرة العاملة لدى المسنين، بمعنى أنه كلما زادت كمية التدخين تدهورت الذاكرة العاملة لدى المسنين.
- ٢- جميع معاملات الارتباط بين الاعتماد على الأدوية النفسية والذاكرة العاملة لدى المسنين لم تكن دالة إحصائياً؛ سواء عند الذكور أو الإناث، كما لم تكن دالة إحصائياً لدى الفئات العمرية المختلفة، ماعدا التدخين عند المسنين في الفئة العمرية (٦٠ - ٧٤)، حيث وجدت علاقة ارتباطية عكسية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ٠,٠١، بين التدخين والذاكرة العاملة لدى هذه الفئة.
- ٣- جميع المتغيرات المستقلة: الجنس، والحالة الاجتماعية، والعمر، والمستوى التعليمي، والأمراض الجسمية المزمنة، وكمية الأدوية النفسية المتعاطاة. لم يكن لها أثر على الذاكرة العاملة لدى المسنين.
- ٤- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين الجنسين في الذاكرة العاملة لدى المسنين.
- ٥- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين الفئات العمرية للمسنين في الذاكرة العاملة لديهم.
- ٦- على الرغم من أن الأدوية النفسية بشكل عام لم تكن لها علاقة ارتباطية دالة إحصائياً مع الذاكرة العاملة للمسنين، إلا أنه بترتيب هذه الأدوية حسب تأثيرها على الذاكرة العاملة للمسنين من خلال حساب تحليل الانحدار الخطي Linear Regression تبين أن أكثر هذه الأدوية تأثيراً سلبياً على الذاكرة العاملة للمسنين كان Xanax، ثم الـ Risperdal، وTranxen.

إهداء

إلى رمز القوة والصبر . . إلى شخص رحل إلى خالقه وبقت روحه معنا . . إلى والدي
الغالي الحنون رحمه الله .

إلى من تحملت غربتي . . وواستني في وحدتي . . وشاركتني فرحتي . . إلى القلب الكبير
الحنون . . أمي .

إلى سندي في الحياة . . أخي

إلى توأم روحي . . أختي

إلى فرحة العائلة . . تولين

شكر والتقدير

الحمد لله رب العالمين.. مكتوب في كتابه الشريف ﴿بَلِ اللّٰهُ فَاعْبُدْ وَكُنْ مِنَ الشَّاكِرِينَ﴾
(سورة الزمر: آية ٦٦)، بفضل من الله سبحانه وتعالى وتوفيقه أولاً، ثم بفضل الذين ساعدوني منذ
بداية مشواري الدراسي حتى وصولي إلى مرحلة الماجستير، أشكرهم جزيل الشكر والامتنان.

فأعذب كلمات الشكر والتقدير للدكتور/ أحمد سعد جلال الذي قدم وبذل الكثير من
الجهد للمساهمة في تحقيق هدفي في الحصول على درجة الماجستير في الإرشاد النفسي،
 وإشرافه الدقيق، والذي لم يبخل يوماً بجهد ووقته، فلا أملك له إلا الدعاء بالتوفيق من الله
سبحانه وتعالى، فجهده كان ومازال يحمل بصمة قوية وواضحة في كل ركن من أركان هذه
الدراسة، وتلك الأسس التي ساعد في غرسها لا تزال تشهد على فيض عطائه ومجهوده فجزاه
المولى خير الجزاء ووفقه..

كما أشكر كل منتسبي قسم علم النفس بكلية الآداب، وجامعة البحرين لاحتضانها للطلبة
السعوديين ومنحهم الدرجات العلمية التي يتطلعون إليها.

وأخص بالشكر والتقدير والامتنان السفارة السعودية والملحقية الثقافية بمملكة البحرين
بكل منتسبيها على حسن تعاونهم وكريم رعايتهم لكل الطلبة السعوديين المبتعثين للدراسة
بمملكة البحرين، برعاية كريمة فائقة من الأب الحنون خادم الحرمين الشريفين الملك عبد الله
بن عبد العزيز آل سعود، حفظه ورعاه.

وأخيراً وليس آخراً، أقدم شكري الجزيل لأسرتي الصغيرة أبي (رحمه الله) الذي بث في
روح الإرادة والتحدي ومواجهة الصعاب، وأمي الحنونة التي اهتمت كثيراً لأمرى وسهرت
بجوارى أثناء عملي تشجعني وتحثني على العطاء، وأخي رائد، وأختي دارين وابنتها الجميلة
تولين، الذين أكن لهم كل الشكر والتقدير على دعمهم لي.

قائمة المحتويات

الموضوع	رقم الصفحة
آية قرآنية	أ
ملخص الدراسة	ب
الإهداء	ج
الشكر والتقدير	د
قائمة المحتويات	هـ
قائمة الجداول	ز
قائمة الأشكال	ح
قائمة الملاحق	ط
الفصل الأول مشكلة البحث وأهميته	
مقدمة	٢
مشكلة البحث	٣
أسئلة الدراسة	٦
أهداف الدراسة	٦
أهمية البحث	٧
حدود الدراسة	٧
مصطلحات الدراسة	٨
الفصل الثاني الإطار النظري والدراسات السابقة	
أولاً: الإطار النظري:	١٤
(١) الأدوية النفسية	١٤
(٢) الذاكرة العاملة	٢١
(٣) الأشخاص المسنون	٢٨
ثانياً: الدراسات السابقة	٣٩
التعليق على الدراسات السابقة	٤٢
ثالثاً: فرضيات الدراسة	٤٣

رقم الصفحة	الموضوع
	الفصل الثالث
	منهج الدراسة وإجراءاتها
٤٥	منهجية الدراسة
٤٥	مجتمع الدراسة
٤٧	عينة الدراسة
٥١	أدوات الدراسة
٥٣	الأساليب الإحصائية المستخدمة
	الفصل الرابع
	نتائج الدراسة ومناقشتها والتوصيات
٥٥	نتائج الفرض الأول ومناقشتها
٥٧	نتائج الفرض الثاني ومناقشتها
٥٨	نتائج الفرض الثالث ومناقشتها
٥٩	نتائج الفرض الرابع ومناقشتها
٦٠	نتائج الفرض الخامس ومناقشتها
٦١	نتائج السؤال السادس ومناقشتها
٦٦	خلاصة النتائج
٦٧	توصيات الدراسة
٦٨	الدراسات المقترحة
٦٩	مراجع الدراسة
٦٩	أولاً: المراجع العربية
٧٠	ثانياً: المراجع الأجنبية
	الملاحق
	ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية

قائمة الجداول

الرقم	الموضوع	الصفحة
١	توزيع مجتمع الدراسة من المسنين على الجنس والفئات العمرية	٤٦
٢	توزيع أفراد العينة على متغيري الجنس والفئة العمرية	٤٧
٣	توزيع أفراد العينة على متغيري الجنس والحالة الاجتماعية	٤٧
٤	توزيع أفراد العينة على متغيري الجنس والمستوى التعليمي	٤٨
٥	توزيع أفراد العينة على متغيري الجنس والمهنة السابقة	٤٨
٦	توزيع أفراد العينة على متغيري الجنس ومكان الإقامة	٤٩
٧	توزيع أفراد العينة على متغيري الجنس والإصابة بأمراض المزمنة	٤٩
٨	الأمراض المزمنة التي يعاني منها أفراد العينة	٥٠
٩	الارتباط بين أبعاد الاختبار ودرجة الكلية	٥٣
١٠	معاملات ارتباط بيرسون لدلالة العلاقة بين الاعتماد على الأدوية النفسية والذاكرة العاملة لدى المسنين بمملكة البحرين	٥٥
١١	معاملات ارتباط بيرسون لدلالة العلاقة بين الاعتماد على الأدوية النفسية والذاكرة العاملة لدى المسنين بمملكة البحرين/ باختلاف الجنس والفئات العمرية	٥٧
١٢	نتائج اختبار تحليل الثنائي Univariate للتعرف على أثر متغيرات: الجنس، والحالة الاجتماعية، والعمر، والمستوى التعليمي، والأمراض الجسمية المزمنة، وكمية الأدوية النفسية المتعاطاة على الذاكرة العاملة لدى المسنين	٥٨
١٣	نتائج اختبار (ت) للتعرف على دلالة الفروق بين الجنسين في الذاكرة العاملة	٥٩
١٤	نتائج تحليل التباين الأحادي للتعرف على دلالة الفروق بين الفئات العمرية للمسنين في الذاكرة العاملة	٦٠
١٥	أكثر الأدوية النفسية التي يتعاطاها أفراد العينة تأثيراً على الذاكرة العاملة لديهم	٦١

قائمة الأشكال

الرقم	الشكل	الصفحة
١	تصنيف المواد والعقاقير المؤثرة في الجهاز العصبي المركزي التي تؤدي إلى الاعتماد حسب تصنيفها وتسميتها التجارية	١٥
٢	نموذج بادلي للذاكرة العاملة	٢٢
٣	مكونات نموذج الذاكرة العاملة ذو المكونات الأربعة	٢٤
٤	نموذج اتكنسون - شيفرن	٢٦

قائمة الملاحق

العدد	الملحق
(١)	استبيان البيانات الشخصية والاجتماعية والأمراض المزمنة والأدوية المستخدمة
(٢)	اختبار المدى البصري
(٣)	اختبار اكتساب القوائم
(٤)	اختبار القوائم المباشر
(٥)	اختبار المدى اللفظي
(٦)	اختبار التذكر البصري المباشر

الفصل الأول

مشكلة البحث وأهميته

- مقدمة.
- مشكلة البحث.
- أسئلة الدراسة.
- أهداف الدراسة.
- أهمية البحث.
- حدود الدراسة.
- مصطلحات الدراسة.

الفصل الأول

مشكلة البحث وأهميته

مقدمة:

تعد مرحلة المسنين إحدى مراحل النمو الرئيسة التي يصاحبها العديد من التغيرات الفسيولوجية والبيولوجية والاجتماعية والنفسية، ويترتب على هذه التغيرات ظهور العديد من المشكلات التي تعيق توافق المسن مع أسرته ومجتمعة بوجه عام، وتؤثر على حالته النفسية والاجتماعية بوجه خاص (بركات، ٢٠٠٩).

وهناك فارق كبير بين ذاكرة الشخص المسن وذاكرة الشاب أثناء المرض. ففي السن المتقدم يكون سبب المرض نتيجة مقصورة في أنسجة الجسم المختلفة، وعند إصابة المسن بأي مرض يكون أمام أنسجة الجسم عاملان مهمان عليه مجابهتهما، وهما: التغيرات التي تحدث نتيجة لتقدم العمر، والتغيرات التي تحدث نتيجة المرض، وذلك لأن المسن ليس عنده القدرة على مقاومة المرض (فهيم، ٢٠٠٤).

والزيادة في أعداد المسنين في مجتمعاتنا العربية تفاقم مشكلات المسنين الصحية والنفسية والاجتماعية، من هنا برزت الحاجة إلى تخصص طبي مستقل يهتم بمشكلات المسنين الصحية المتعددة، ويأخذ في الاعتبار طبيعة معاناة هذه الفئة التي تمثل قطاعاً مهماً من المرضى الذين يترددون إلى المستشفيات وعيادات الأطباء (الشربيني، ١٩٩٥).

وتظهر نتائج الدراسات العديدة التي أجريت على المسنين بأنهم هم أكبر المستهلكين للأدوية، وأن ما يصل إلى ٨٠٪ معظمهم يعانون من أمراض مزمنة (عكاوي، ٢٠٠٨).

وعلى الرغم من أن أمراض المسنين ليست من العلل التي يسهل علاجها بالجوء في المستشفيات وعيادات الأطباء، إلا أن الطبيب الذي يختص في علاج المسنين عليه أن يحاول دائماً مساعدة مرضاه من كبار السن الذين يعانون في العادة من أمراض مزمنة لا يسهل شفاؤها. كما أن لدى المسن الواحد عدة أمراض متداخلة، ويتعلق كل منها بالآخر، كما ترتبط بحالة الوهن العامة وضعف مقاومة الجسم وتداعي القدرة الجسدية بشكل عام بفعل السنين (الشربيني، ١٩٩٥).

لذا تعتبر ظاهرة تعاطي جرعة زائدة من الأدوية النفسية أمراً شائعاً بين المسنين والمسنات في هذه السن. وذلك بحكم المشكلات العصرية والنسيان واضطراب الذاكرة المزمن، وبسبب استعمال المنومات والمهدئات لفترة طويلة، لأن التغيرات النفسية والذهنية تنقص تدريجياً مع تقدم العمر وخاصة مع بلوغ الشيخوخة، فمن الملاحظ أنه في هذا السن تضعف الذاكرة، والقدرة على التفكير المبتكر، وكذا القدرة على التعلم، كما أن حيز الاهتمامات يقل بالتدريج وتزداد غريزة حب الامتلاك بصورة واضحة وتضعف القدرة الفكرية (فهيم، ٢٠٠٤).

ويعد علم الأدوية النفسية Psychopharmacology علماً حديثاً، فعمره قد تجاوز الخمسين عاماً بقليل، وترجع البدايات الصحيحة لهذا العلم إلى عام ١٩٤٩، حيث أشار الطبيب الأسترالي كاد Cad إلى أثر أملاح الليثيوم في حالات التهيج التي تصيب مرضى الذهان، وقبل هذا التاريخ امتدت معرفة الإنسان بالآثار الطبية للأعشاب لآلاف السنين، سواء في مجال الطب عامة أو في مجال الحالات النفسية، لذا فإن علم الأدوية النفسية هو العلم الذي يتعامل مع العقاقير التي تؤثر على الحالة النفسية أو الوظائف النفسية للفرد (عبد القوي، ٢٠٠٧).

وقد أكدت بعض الدراسات تدهور القدرات العقلية والمتمثلة في الذكاء. فإلى عهد قريب كان يظن أن نسبة الذكاء ثابتة وغير قابلة للتغير عند كل فرد، ولأن يعتقد الكثيرون من علماء النفس في صحة ذلك. ولكن هناك بعض الدراسات التي تبين أن القدرة العقلية لا تسير دائماً بانتظام وسرعة منظمة، بل يتخللها ما يحدث عادة من حالات السرد والبطء التي تتوقف على طبيعة النمو وعوامله.

وقد بينت بعض الدراسات أن الذكاء المرتفع الذي يصل مستواه إلى ١٣٠ درجة يهبط إلى ١١٤ درجة عند كبار السن، ويصبح مقدار الهبوط ١٦ درجة. أما الذكاء العادي الذي يساوي ١٠٠ درجة فيهبط إلى ما يقارب من ٦٥ درجة في مرحلة الكبر. وبذلك يصبح مقدار الهبوط ٣٥ درجة (رشوان، ٢٠١١).

مشكلة البحث:

بينت إحدى الدراسات في المنظمة العالمية في الولايات المتحدة الأمريكية (١٩٩٤) بأن المسنين يتناولون كميات كبيرة من الأدوية، حيث أن ٨٧٪ من المرضى الذين تبلغ أعمارهم

أكثر من ٧٥ سنة يتناولون من ثلاثة إلى أربعة أنواع مختلفة من الأدوية حوالي ٣٤٪ يستخدمون مدرات، وحوالي ٢٧٪ يتناولون مسكنات، و٢٤٪ يتناولون مضادات اكتئابية ومنومات، ومن ٣٠ إلى ٦٠٪ يتناولون مضادات الذهان، و٢٠٪ يتناولون أدوية الضغط، وهذا الأمر الذي يجعلهم عرضة لعدة تأثيرات جانبية غير مرغوبة.

ويشكل المسنون في بريطانيا ١٢٪ ويستهلكون حوالي ثلث الأدوية، وبالتالي هم الأكثر تعرضاً للآثار الجانبية للدواء بسبب تقدم السن.

كما أنه مع تقدم العمر تتغير الحركية الدوائية عند المسنين، وهو يعتبر المسؤول الأول الأساسي للتأثيرات الجانبية للدواء، إضافة إلى أن الجهاز العصبي المركزي لديهم يصبح أكثر حساسية لتأثيرات الأدوية، كما أن التقدم بالعمر ينتج عنه تغيرات في استجابة المناعة على كل تحركات الإنسان وتصرفاته الحسية والحركية والعقلية، وذلك بسبب تأثيرها على الدماغ والقشرة المخية، والمخيخ، والجهاز الطرفي ومناطق الثلاموس والهيپوثلاموس والجهاز العصبي الذاتي والجهاز العصبي المحيطي.

ومن المعروف أن الاضطرابات الوظيفية العقلية عند المسنين ينتج عنها التشوش والإرباك، حيث تعتبر الأدوية إحدى العوامل التي تسبب هذه الحالة، فالمنومات والمسكنات تجعل بفقدان اليقظة وتشوش الوعي في العقل (الزرد، ٢٠٠٩).

كما يعاني كبار السن من ضعف القدرة على التفكير المتزن الموضوعي. ففي هذه المرحلة يضطرب الذاكرة ويحدث اضطراب في استعادة الخبرات، وضعف في تركيز الانتباه لما يجري حولهم. وكل ذلك يجعل التفكير الموضوعي أمراً صعباً للفرد في هذا العمر، لاسيما إذا تخطى الثمانين فهو في حاجة إلى هدوء عقلي وراحة فكرية لا تتطلب إجهاداً ولا تركيزاً (رشوان، ٢٠١١).

إن تدهور الذاكرة عند المسنين أمراً مهماً، لكن الذاكرة لا يوجد لها حتى يومنا هذا أي شيء يساعد على استردادها أو ضد التدهور. ووظيفة الذاكرة تتكون من ثلاث مراحل: الأولى هي تسجيل المعلومة سواء كانت واردة إلينا بالسمع أو المشاهدة، والثانية اختزانها في الذاكرة، والثالثة استدعاء هذه المعلومة عند الطلب، فترى المسن يبذل جهداً ليتذكر اسم شيء ولا يستطيع، ولكنه قد يذكر هذا الشيء في وقت آخر حين لا يحتاج إلى ذلك.

وتنقسم الذاكرة إلى ثلاثة أنواع حسب طبيعة الشيء الذي نتذكره، فالأحداث التي حدثت منذ زمن بعيد يطلق عليها الذاكرة البعيدة، أما التي حدثت قريباً في خلال ساعات أو أيام فيطلق عليها الذاكرة القريبة، والنوع الثالث هو الذاكرة الحالية التي تتعامل مع ما يحدث في نفس اللحظات، وعند المسنين فإن تدهور الذاكرة لا يؤثر في القدرة على تذكر الأحداث البعيدة، فترى المسن يتذكر مواقف حدثت في طفولته وصباه وهو الذي تعدى الثمانين من عمره (الشربيني، ١٩٩٥).

وعلى الرغم من أنه يمكن استخدام جميع الأدوية للمسنين في علاجهم، إلا أنه هناك بعض الأدوية ينبغي عند وصفها للمسن مراعاة أنه يختلف في استجابته للأدوية عن الشباب، وينبغي كذلك مراعاة حالة كل فرد على حدة، لأن المريض المسن تكون قدرته على تحمل الدواء قد انخفضت وذلك لاحتمال تعرضه لاستخدام أدوية متعددة، مما يؤدي إلى انخفاض في القدرات الذهنية (فهيم، ٢٠٠٤).

وفي هذه المرحلة من الشيخوخة تتدهور الوظائف العقلية، ويتضمن ذلك ضعف الذاكرة والنسيان والتغير المعرفي، وصعوبة تكوين المفاهيم والمهارات الجديدة، والتصلب العقلي، والتدهور الذهني، وتدني القدرات الإبداعية، والواقعية. كما تبدو مظاهر خرف الشيخوخة الذي يبتدئ بتكرار الحديث مرات ومرات، وعدم التعرف على الأبناء والأقارب، والبطء في التفكير، وتضاؤل القدرة على الابتكار، وضعف الاسترجاع، والقدرة على التعلم.

وفي مرحلة كبر السن تبرز ظاهرة الذاكرة والنسيان. فالمسن يتلفت كثيراً إلى الماضي ويستعرض ذكرياته في كل مناسبة. ولهذا الالتفات والاستعراض آثارهما النفسية البيئية في حياة المسن الانفعالية، فهما يبعثان على الرضا والهدوء حيث يجد الإنسان أنه قام بدوره على خير ما يرام، وبأنه كان شيئاً يذكر وأنه حين يترك الدنيا، فإنه قد حقق أمورا جليلة ولو أنها أقل مما كان يتوق إليه.

وترتبط الشيخوخة بضعف الذاكرة وأمراض الذهن أو السرحان وكثرة النسيان وضعف الارتباط بالماضي. ومن أمراض الذاكرة تحدد سعة مخازن الذاكرة، خاصة عندما يكون الأمر متعلقاً بمعلومات لا معنى لها وغير مترابطة. وتذكر الماضي ليس مجرد عملية استرجاع المعلومات من حجرات التخزين، بل هو بحث خبرات سابقة، ويمكن ربط ذلك ببعض الصعاب التي يواجهها المسنون في تذكر الأحداث التي وقعت في الماضي القريب، حيث تكون المعلومات رغم استيعابها لا علاقة أو أهمية شخصية لها، كما للأحداث التي وقعت في الماضي (رشوان، ٢٠١١).

وتحاول الباحثة في دراستها الحالية التعرف على العلاقة بين الاعتماد على الأدوية النفسية والذاكرة العاملة لدى المسنين بمملكة البحرين، في ضوء متغيرات: الجنس، والفئة العمرية، وكمية الأدوية المستخدمة.

أسئلة الدراسة:

تتمثل أسئلة الدراسة فيما يلي:

- ١- هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الاعتماد على المواد النفسية والذاكرة العاملة لدى المسنين بمملكة البحرين؟
- ٢- هل تختلف هذا العلاقة باختلاف:
أ- الجنس.
ب- الفئة العمرية.
- ٣- هل يوجد أثر دال إحصائياً لمتغيرات: الجنس، والحالة الاجتماعية، والعمر، والمستوى التعليمي، والأمراض الجسمية المزمنة، وكمية الأدوية المستخدمة على الذاكرة العاملة للمسنين؟
- ٤- هل توجد فروق دالة إحصائياً بين الجنسين في الذاكرة العاملة عند المسنين؟
- ٥- هل توجد فروق دالة إحصائياً بين الفئات العمرية للمسنين في الذاكرة العاملة؟
- ٦- ما هي أكثر الأدوية النفسية تأثيراً سلبياً على الذاكرة العاملة للمسنين؟

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى تحقيق ما يلي:

- ١- التعرف على دلالة العلاقة بين الاعتماد على الأدوية النفسية والذاكرة العاملة لدى المسنين بمملكة البحرين.
- ٢- التعرف على مدى اختلاف هذه العلاقة (إن وجدت) باختلاف: الجنس، والفئة العمرية.
- ٣- التعرف على دلالة أثر متغيرات: الجنس، والحالة الاجتماعية، والعمر، والمستوى التعليمي، والأمراض الجسمية المزمنة، وكمية الأدوية المستخدمة على الذاكرة العاملة للمسنين.
- ٤- التعرف على دلالة الفروق بين الجنسين في الذاكرة العاملة لدى المسنين.

- ٥- التعرف على دلالة الفروق بين الفئات العمرية في الذاكرة العاملة لدى المسنين.
- ٦- التعرف على أكثر الأدوية النفسية التي تؤثر سلباً على الذاكرة العاملة لدى المسنين.

أهمية البحث:

يمكننا إجمال أهمية هذه الدراسة على النحو التالي:

أ- من الناحية النظرية:

- تبرز أهمية البحث الحالي من أهمية الموضوع نفسه، حيث تشكل نسبة المسنين بمملكة البحرين (٦٪)، وتهتم الدراسة الحالية بالتعرف على أثر الاعتماد على الأدوية النفسية والتي قد تؤثر سلباً على ذاكرة المسنين مع تقدمهم في العمر.
- تقف الدراسة الحالية على إحدى الموضوعات المهمة في انتشارها على المستوى الخليجي والعربي حسب ما تراه الباحثة، حتى تصبح المعرفة متكاملة لفهم طبيعة الأدوية النفسية المؤثرة على ذاكرة كبار السن.
- تتصف الدراسة الحالية بالندرة على المستوى العربي والخليجي والبحريني- في حدود علم الباحثة-، لذا فمن المتوقع أن تمثل الدراسة الحالية إضافة علمية جديدة للمكتبة العربية والخليجية والبحرينية.

ب- من الناحية التطبيقية:

- تأمل الدراسة الحالية في التعرف على العلاقة بين الاعتماد على الأدوية النفسية والذاكرة العاملة للمسنين لتقديم المقترحات المناسبة في هذا الخصوص، والتقليل من حجم اعتماد المسنين على هذه الأدوية.
- تأمل الدراسة الحالية أن تحاول التوفيق بين نتائج الدراسات السابقة التي أيدت أو عارضت العلاقة بين الاعتماد على الأدوية النفسية وذاكرة كبار السن.

حدود الدراسة:

تمثلت حدود الدراسة فيما يلي:

- الحدود البشرية: تقتصر الدراسة على المسنين من الجنسين بمملكة البحرين.
- الحدود الجغرافية: مملكة البحرين - دار رعاية مستشفى المحرق (مستشفى المحرق لرعاية المسنين).
- الحدود الموضوعية: العلاقة بين الاعتماد على الأدوية النفسية والذاكرة العاملة للمسنين.
- الحدود الزمانية: الفصل الدراسي الثاني ٢٠١٢-٢٠١٣.

مصطلحات الدراسة:

١- علم الأدوية النفسية Psychopharmacology:

يعرف سامي عبد القوي (٢٠٠٧) كلمة سيكوفارماكولوجي على أساس أنها كلمة مكونة من مقطعين: سيكو بمعنى نفسي، وفارماكولوجي بمعنى علم الأدوية، وهذه الكلمة الأخيرة تتكون من مصطلحين لاتينيين هما: فارماكون Pharmakon وتعني الدواء أو الصيدلة، وكلمة لجوس Logos وتعني العلم. ومن ثم تكون الكلمة في مجملها تعني علم الأدوية النفسية، أو العلم الذي يتعامل مع الأدوية وآثارها وطبيعتها وطرق تحضيرها وطرق تناولها.

ويعرفه عادل الدمرداش (١٩٨٢) على أنها مجموعة من المركبات الكيميائية المصنعة التي تستخدم في علاج الأمراض النفسية والعقلية واضطراب السلوك، كالفصام والاكتئاب الذهاني والقلق المرضي، وتسبب هذه الأدوية الهدوء وعدم الاكتراث وبطء الحركة والتفكير.

وقد عرّف أوسوالد شميدبيرج O. Schmeidberg (١٩٢١) علم الأدوية بأنه علم تجريبي يدرس التغيرات التي تحدثها المواد الكيميائية في جسم الكائن الحي، سواء استخدمت هذه المواد لأغراض علاجية أو لغير ذلك.

تتقسم الأدوية النفسية إلى ثلاثة فئات:

ويقسمها فيصل الزراد (٢٠٠٩) إلى:

أ- المهدئات الكبرى (Major Tranquilizers): وهي من مشتقات عقار الفينوثيازين (Phenothiazine) التي تستعمل لعلاج الأمراض العقلية، مثل: مرض الفصام، ولعلاج الغثيان والتشنجات.

ب- المهدئات الصغرى (Minor Tranquilizers): تشتق أهم المهدئات من مركب البنزودايازيباين (Benzodiazepines)، وهي مادة اكتشفت عام (١٩٦٠)، وهي مهدئات لها مفعول كبير في كثير من الاضطرابات. والمهدئات لها مستويات من حيث مفعولها أو تأثيرها فهناك مجموعة المهدئات قصيرة المفعول، حيث يبدأ هذا المفعول سريعاً بعد التعاطي بحوالي (٢٠-٣٠) دقيقة وينتهي سريعاً بعد حوالي (٥-٦) ساعات، وينصح الأطباء باستخدامها في حالات التوتر والقلق الدائم، ولكن استمرارية استعمالها لكبار السن قد يؤثر في مناطق التفكير لأنها تحدث عند متعاطيها الاعتماد النفسي والجسمي، وهي أكثر المهدئات إحدائاً للإدمان.

ج- مضادات الاكتئاب (Anti-Depressants): وهي مخففة لحالات الاكتئاب وسارة للنفس، وهي ليست من المخدرات ولا يسبب استعمالها الإدمان عليها، ولكن لها مضاعفاتها في الاستعمالات الطويلة الأمد، وهي مواد لا تترك أثرها العلاجي إلا بعد (١٥) يوماً من العلاج.

ويصنفها عادل الدمرداش (١٩٨٢) إلى:

- أ- المهدئات الكبرى (Major Tranquilizers): تستخدم في علاج الأمراض العقلية كالفصام واضطرابات أخرى، وهي لا تسبب الإدمان، مثل: اللارجاكتيل.
- ب- المهدئات الصغرى (Minor Tranquilizers): التي تسبب الهدوء وتزيل القلق النفسي والتوتر بدون أن تسبب النعاس في الجرعات الصغيرة كالفاليوم والليبريوم. وهي تسبب الإدمان وقد أدرجت من قبل هيئة الصحة العالمية مع الخمر والمنومات في مجموعة واحدة.
- ج- مضادات الاكتئاب (Anti-Depressants): التي تستعمل لعلاج مرض الاكتئاب، وهي لا تسبب الإدمان أيضاً، مثل: التريبيتزول والتوفرانيل.

٢- الاعتماد النفسي والجسمي:

يصنفها فيصل الزراد (٢٠٠٩) إلى:

أ- الاعتماد النفسي (Psychological Dependence):

يتعلق الاعتماد النفسي بالشعور والأحاسيس، ولا علاقة له بالجسد، وهو تعود الفرد على تناول عقار ما، لما يسببه هذا العقار من الشعور بالارتياح والإشباع للحاجات النفسية

والفكرية والعاطفية، ويصبح العقار بهذا ضرورياً للفرد، لأنه يولد لديه خبرة أن هذا العقار سيؤدي به إلى التخلص من الخوف والتوتر والقلق.

ب- الاعتماد الجسمي (Physical Dependence):

هو حالة تصبح فيها المادة المخدرة ضرورية لاستمرار قيام الجسم بوظائفه بشكل طبيعي، وبحيث يصبح منع هذه المادة عن الجسم مضرراً بالجسم وبالوظائف الحيوية، وظاهرة الاعتماد الجسمي تقتزن بعملية التحمل الذي يعرف بأنه: النقص الواضح في تأثير الاستجابة الدوائية الناتج عن تكرار تعاطي العقار والاعتماد النفسي غالباً ما يؤدي بالنسبة للعديد من الأدوية النفسية إلى الاعتماد الجسمي.

كما يصنف عادل الدمرداش (١٩٨٢) الاعتماد النفسي والجسمي إلى النحو الآتي:

أ- الاعتماد النفسي (Psychological Dependence):

حالة تنتج من تعاطي المادة وتسبب الشعور بالارتياح والإشباع وتولد الدافع النفسية لتناول العقار بصورة متصلة أو دورية لتحقيق اللذة أو لتجنب الشعور بالقلق.

ب- الاعتماد الجسمي (Physical Dependence):

حالة تكيف الفرد وتعود الجسم على المادة بحيث تظهر على المتعاطي اضطرابات نفسية وعضوية شديدة عند امتناعه عن تناول العقار فجأة. وهذه الاضطرابات أو حالة الامتناع تظهر على صورة أنماط من الظواهر والأعراض النفسية والجسمية المميزة لكل فئة من العقاقير.

٣- الذاكرة طويلة المدى وقصيرة المدى:

يعرف عبد الهادي فخري (٢٠١٠) الذاكرة بأنها القدرة على الاحتفاظ بالمعلومات التي سبق للفرد أن اكتسبها والقدرة على استرجاعها عندما يطلب منه ذلك.

وهي تنقسم إلى:

أ- الذاكرة قصيرة المدى (Short Term Memory): تشمل إدراكنا لكل الإحساسات والمشاعر والأفكار التي واجهناها، وتسمى أحياناً بالذاكرة العاملة، ويرى الباحثون أن

الذاكرة قصيرة المدى هي مركز الوعي لدى الإنسان لأنها تتضمن المعلومات والأفكار والخبرات التي يكون الفرد على وعي تام بها في أي لحظة زمنية، وتستقبل الذاكرة قصيرة المدى كم محدد من المعلومات.

ب- **الذاكرة طويلة المدى (Long Term Memory):** تقوم الذاكرة طويلة المدى بتخزين المعلومات لفترة غير محددة ولها سعة تخزينية أكبر، ففي هذا النوع يتم الاحتفاظ بالمعلومات لفترات طويلة تبدأ من دقيقة إلى سنوات وتتسع لعدد لا محدود من العناصر، ويرى الباحثون أن سعة الذاكرة طويلة المدى تتأثر بالعمر الزمني، فتقل السعة بزيادة العمر خاصة في مرحلة كبار السن.

ويبين عدنان العتوم (٢٠١٠) الذاكرة كآلاتي: يعد مفهوم الذاكرة من المفاهيم الصعبة التعريف لأنها نصف عملية معرفية معقدة ترتبط بعمليات الانتباه والإدراك والتخزين والاستجابة، مما يعكس وجهات نظر عديدة حول تركيب الذاكرة وعلاقتها باتجاه معالجة المعلومات وغيرها.

وهي تنقسم إلى:

أ- **الذاكرة قصيرة المدى (Short Term Memory):** سميت الذاكرة القصيرة بهذا الاسم لأنها تحتفظ بالمعلومات لفترة قصيرة لا تتجاوز (١٨) ثانية قبل استبدالها بمعلومات أخرى. وعرفت الذاكرة القصيرة بمسميات أخرى كالذاكرة الفاعلة والذاكرة العاملة واللذان تصفان طبيعة عمل هذه الذاكرة، حيث أنها الذاكرة الوحيدة التي تقوم بمعالجة معرفية بصورة مستمرة من ترميز وتحليل وتفسير حتى تصبح المعلومات بقلب يسمح بتخزينها في الذاكرة الطويلة. ويشير ستيرنبرغ (٢٠٠٣) إلى فكرة جديدة وهي أن الذاكرة العاملة هي جزء من الذاكرة الطويلة لأنها تحمل في طياتها المعلومات التي تم استرجاعها من الذاكرة الطويلة وتم بعد معالجتها ليصار إلى تخزينها في منطقة خاصة مؤقتة، كما أنها تشتمل على الذاكرة القصيرة التي تستقبل المعلومات من الذاكرة الحسية.

ب- **الذاكرة طويلة المدى (Long Term Memory):** الذاكرة طويلة المدى هي عبارة عن خزان يضم كم هائل من المعلومات والخبرات التي اكتسبها الفرد عبر مراحل حياته المختلفة. وهي ذات سعة غير محددة بكم معين من المعلومات، حيث لا يعقل أن يصل الفرد إلى المرحلة ما في حياته تصبح الذاكرة الطويلة ممثلة ولا تستطيع استقبال المزيد. والذاكرة الطويلة غير محددة بزمان معين في التخزين، حيث تبقى المعلومات مخزنة فيها مادام الإنسان على قيد الحياة.

كما يشير علماء النفس المعرفي الجدد (Anderson, 1995; Bartlett, 1978): إلى أن الذاكرة القصيرة هي المسئولة عن الترميز، وأن معاني المثيرات لا تتغير في الذاكرة الطويلة وإنما تميل إلى التنظيم، بحيث تلعب الذاكرة الطويلة دوراً في تمثيل هذه المعلومات وفق نظام يسمح باستدعاء المعلومات المتراكمة بصورة أكثر وضوحاً وتنظيماً مقارنة بما كانت عليه عند دخولها قبل التخزين طويل الأمد.

٤- الأشخاص المسنون:

المسن هو: الشخص الضعيف الذي يحتاج إلى رعاية غيره بسبب امتداد عمره ومرافقة صفات الشيخوخة له من مرض أو ضعف أو عجز (الشربيني، ١٩٩٥).

ويعرف ماهر أبو المعاطي على (٢٠١١) المسن بأنه الفرد الذي بلغ من العمر ستين سنة أو أكثر وأصبح يمارس حياته، وغير مرتبط بعمل رسمي، حيث يبدأ مرحلة جديدة من حياته لها خصائص وسمات جسمية ونفسية وعقلية واجتماعية ومرضية، ويحتاج لمن يساعده لإشباع احتياجاته ومواجهة مشكلاته.

والشيخوخة: هي عملية بيولوجية حتمية، وهي تمثل ظاهرة من ظواهر التطور أو النمو التي يمر بها الإنسان، إذ إنها تعني مجموعه من التغيرات المعقدة في النمو تؤدي مع مرور الزمن إلى تلف التركيب العضوي لأعضاء الجسم الداخلية في الكائن الحي (الشربيني، ١٩٩٥).

ويعرفها راشد أبا الخيل (١٩٩١) بأنها: تدهور تدريجي للكائنات الحية الناضجة كنتيجة لمرور الزمن، وتحدث بناءً على التغيرات التي لا يمكن ردها، وهي أساسية لأفراد الجنس البشري كله، فيصبحون بمرور الزمن غير قادرين على التكيف مع الضغوط البيئية، وبالتالي تزداد احتمالات الوفاة.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

أولاً: الإطار النظري:

- الأدوية النفسية.
- الذاكرة العاملة.
- الأشخاص المسنون.

ثانياً: الدراسات السابقة:

ثالثاً: فروض الدراسة.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

يتناول هذا الفصل عرضاً للإطار النظري للدراسة من خلال استعراض مفاهيم الأدوية النفسية، والمسننين، والذاكرة، مختوماً بأهم الدراسات السابقة المرتبطة بالدراسة الحالية.

أولاً: الإطار النظري:

(١) الأدوية النفسية:

يسيطر الدماغ على كل تحركات الإنسان وتصرفاته الحسية والحركية، وجميع الأدوية والمؤثرات في العقل تؤثر في تصرفات الإنسان ومشاعره وأفكاره، وذلك بسبب تأثيرها في الدماغ، وفي جرع الدماغ (Brain Stem)، والقشرة المخية (Cerebral Cortex)، وفي المخيخ (Cerebellum)، والجهاز الطرفي (Limbic System)، ومناطق الثلاموس والهيبوثلاموس وغيرها من أقسام للجهاز العصبي بما في ذلك الجهاز العصبي الذاتي (Autonomic Nervous System) والجهاز العصبي المحيطي (Peripheral Nervous System).

ويعتبر الفص الجبهي من الدماغ مركز الوظائف العقلية العليا، مثل: الإدراك والانتباه، والتقدير، والحكم والتفكير، وحل المشكلات، والتخطيط، والحدس وغيرها، والفص الجبهي مسئولاً عن بعض العواطف والأحاسيس، مثل الشعور بالألم وذلك بسبب ارتباطه بالثلاموس، وإصابة هذا الجزء من الدماغ يؤدي إلى ضعف القدرة على التفكير، وضعف المبادرة أو اتخاذ القرار المناسب، واضطراب السلوك الاجتماعي، واضطراب الشخصية، مثل: التبدل واللامبالاة وفقدان الدافعية، ونقص الاهتمام بالجنس، وعدم التعبير الانفعالي، وقلة الكلام وأعراض شبيهة بأعراض الاكتئاب (ولكن ليس اكتئاباً نفسياً)، وكذلك أعراض الشخصية السيكوباتية الزائفة (Pseudopsychopathy)، سلوك غير ناضج، ويفقد الفرد اللباقة، مع وجود سلوك جنسي منحرف، وزيادة النشاط الحركي، يضاف إلى ذلك ضعف الذاكرة واضطراب القدرة على التمييز الشمي، والتوجه المكاني، وضعف الطلاقة اللغوية (الزراد، ٢٠٠٩).

العقاقير والمخدرات وتأثيرها في الجهاز العصبي:

إن العقاقير التي تؤثر في درجة الإثارة أو اليقظة مثل: الأمفيتامينات والكوكايين، وهي تقلد آثار الناقل العصبي النور أبنفرين، وتعمل هذه العقاقير في الدماغ على إطلاق النور أبنفرين، والدوبامين (Dopamine) ومن الأعصاب التي تحتوي على الأمينات. كما تعمل هذه العقاقير على إزالة الكاتيكو لأمينات (Catecholamines) من مواقع اختزانها. ولإطلاق الدوبامين علاقة بالتنبه الممتع، ولما كانت هذه العقاقير تطلق الدوبامين، فإنها تعود بمتعة ذاتية على الفرد المتعاطي. ومن مركبات الأمفيتامينات (البنزدرين، والدكسدرين، الأستركنين، والأمفيتامين) وهي لها تأثير منبه، وتفيد في علاج السمنة، وعلاج التعب العصبي. وهذه التأثيرات تشبه التأثيرات الدوائية الناتجة عن فرط نشاط الجهاز العصبي السمبثاوي، كما تعمل على تنبيه الجهاز العصبي المركزي، كما يمكن للأمفيتامينات معالجة الاضطرابات النفسية الخفيفة، مثل: الوهم العام، والاكتئاب. والأمفيتامينات تطلق الإبنفرين، والنور أبنفرين، ومن الغدد الكظرية والجهاز العصبي. ومعظم منبهات الجهاز العصبي المركزي تعمل على تحرير النواقل العصبية (الدوبامين، والنور أبنفرين)، أو يعمل على إنقاص ذلك في بعض مناطق الدماغ، وهذه المنبهات منها ما ينبه المخ المستطيل، أو النخاع الشوكي مثل: الأستركنين، الأمفيتامينات، والأفدرين وهي منبهات نفسية حركية تعمل على كف الناقل أحادي أمينو الأكسيداز (MAO)، أما المواد المهلوسة فيكون تأثيرها من خلال آلية الدوبامين في الجهاز العصبي (Dopaminergic) (شقيرات، ٢٠٠٥).

والشكل التالي يوضح تصنيف المواد والعقاقير المؤثرة في الجهاز العصبي المركزي، والتي قد تؤدي إلى الاعتماد:

الاسم العلمي والتجاري				المادة
الباربيتورات (Barbiturates)	البنزوديازيبين (Benzodiazepine)	المبروباميت (Mepropamite)	الاسم العلمي:	- المهدئات (Sedative).
(Luminal)	(Valium)	(Equagesic)	الاسم التجاري:	- المنومات ومزيلات القلق (Anti-) (Anxiety).

الاسم العلمي والتجاري				المادة
البيمولين (Pimoline)	الكوكائين (Cocaine)	الأمفيتامينات (Amphetamine)	الاسم العلمي:	المنشطات أو المنبهات (Stimulants).
(Cyclert)	(.)	(Dexedrine)	الاسم التجاري:	
البسيلوسيبين (Psilosybin)	المسكالين (Mescaline)	L.S.D (25)	الاسم العلمي:	المواد المهلوسة (Hallucinogenic)
(.)	(.)	(.)	الاسم التجاري:	
الهيروين (Heroin)	الكودائين (Codeine)	المروفين (Morphine)	الاسم العلمي:	المواد الأفيونية Opioïd-) (Substance
(.)	(.)	(.)	الاسم التجاري:	

(.) : تعني أن العقار لا يصنع تجارياً

شكل (١)

تصنيف المواد والعقاقير المؤثرة في الجهاز العصبي المركزي التي تؤدي إلى الاعتماد

حسب تصنيفها وتسميتها التجارية (الزرا، ٢٠٠٩)

حركة الدواء أو المادة المخدرة في الجسم:

إن تناول المادة المخدرة أو تناول الدواء، وسرعة تفاعل هذه المادة في الجسم الإنسان يعتمد على مدى تركيز المواد المتفاعلة، أو بتعبير آخر مع كتلتها الفعالة. وهذا ما يسمى، بقانون فعل الكتلة (Law of mass action). ويطلق اسم عملية الامتصاص (Absorption) على الأحداث التي يتم من خلالها إيصال المادة الكيميائية إلى سائل الجسم، ومدى ذوبانه، وسائر الخصائص الفيزيائية للدواء أو للمادة المخدرة.

والنجاح في تحقيق الغاية من المادة الكيميائية أو الدواء يعتمد على النقاط التالية:

- ١- يجب أن تصل كمية الدواء أو المادة المتعاطاة بشكل كاف إلى الموضع المراد التأثير فيه دوائياً.
- ٢- يجب المحافظة على تركيز عال للدواء بجوار الموضع، ولفترة من الزمن، للحصول على التأثير المطلوب.
- ٣- تكرار جرعات الدواء، والتركيب الكيميائي لهذا الدواء (مهايني، ١٩٧٦).

طرق إعطاء الدواء أو المادة الكيميائية المخدرة:

- ١- عن طريق الفم، وفي هذه الحالة يكون زمن بدء المفعول طويلاً، وقد يبطل مفعول المادة أو الدواء بتأثير العصارات الهضمية، بالإضافة إلى طعم المادة، وعدم انتظام الامتصاص في حالات وجود طعام أو اختلاف درجة الحموضة والقلوية، والتأثيرات التي قد تؤدي إلى الغثيان، أو القيء، وعادة تتعلق سرعة الامتصاص في الفم بانحلال الدواء والامتصاص، هو خاصية أساسية لأغشية الجهاز الهضمي، والغشاء الهضمي نفوذ للمواد الذوابة في الجسم.
- ٢- عن طريق المهبل للمعالجة الموضعية.
- ٣- عن طريق الاستنشاق والفم (التخدير العام بالغازات).
- ٤- عن طريق الرذاذ والفم (لمعالجة الربو مثلاً).
- ٥- تحت اللسان حيث يسهل امتصاص النيتروغليسرين عن طريق مخاطية الفم، والميتيل تستسرون.
- ٦- عن طريق سطح الجلد، كما في المراهم، والسوائل، وبالكهرباء (Lonophoresis).
- ٧- عن طريق اللامعوي: وخاصة الإسعاف كالأنسولين، والأدوية المخرشة للمعدة (الستربتومايسين).

التأثيرات السمية أو غير المرغوب فيها للدواء وللمادة المخدرة:

التأثيرات السمية للدواء أو المخدر تتعلق بعدة عوامل أو أعراض، مثل: الحساسية، والحمل والإدمان، وهي تساهم في تشوه النسل، والسرطانات، والتغير في الكروموزومات، وقد تكون السمية امتداداً لتأثير الدواء بسبب جرعة كبيرة، كما في حالة مركبات (الكومارين) وهي مادة مميعة للدم، والتي تزيد من زمن التخثر، وإذا تجاوزت الجرعة حدها أدت إلى نزيف. وللسمية أعراض الغثيان، القيء، وعسر الهضم والوهن العام.

ولكن عند تكرار الدواء، فإن زيادة المقدار يجب أن تتم تدريجياً، ولأن المدمن يزداد لديه التحمل، وخاصة التحمل السريع (Tachyphylaxis) الذي يحصل بسرعة وعند تكرار المخدر في فترة زمنية قصيرة. ويلاحظ ذلك في الأمفيتامينات، والبتوترين، لهذا ليس غريباً أن يموت المدمنين بسبب زيادة الجرعة عن حد المطلوب وبشكل مفاجئ وسريع. ومما لا شك فيه أن تجاوز الجرعة وزيادتها يتعلقان بحالة الإدمان التي أتينا على ذكرها، مع الأخذ بعين الاعتبار الدرجات المتفاوتة للمواد من حيث تأثيراتها، فالحشيش مثلاً يسبب التعلق أو الاعتماد النفسي دون الاعتماد الجسدي، والكوكايين والنيكوتين والكافيين تسبب درجة بسيطة من الاعتماد النفسي والجسدي الطفيف، أما الأمفيتامينات، والمهلوسات، فتسبب الاعتماد النفسي دون الاعتماد الجسدي، ويلاحظ الاعتماد النفسي والجسدي والتحمل (أي زيادة الجرعة) لدى المدمنين على الكحول، والباربيتورات، والمخدرات المروفيينية، ما يشكل خطراً على المدمنين عند الانقطاع المفاجئ للمورفين، وأعراض الانسحاب قد تؤدي بحياة المدمن (الزرد، ٢٠٠٩).

ويواجه الطبيب عند وصفه لأحد المهدئات مشكلتين: الإدمان أو الانتحار، لذا يجب الحرص في إعطاء المهدئات، وأن يكون المريض تحت الإشراف الطبي المباشر. ويوجد كثير من أنواع المهدئات والمنومات، مثل: البرومور، كان يستعمل في التهدئة والتتويم البسيط وفي النوبات الصرعية، ويدخل في مركبات أدوية السعال، ولكن له أخطار لذا تم إيقاف استعماله. ومن المهدئات المنتشرة التي تسبب الإدمان مجموعة المبروباميت، مثل: الكوايتان، والترنكيلان، وأحياناً مجموعة البنزوديازيبين، مثل: الليبريم، السيريباكس، الفاليوم، والزناناكس، والنوبريم.

ومن المنومات المهمة الكورال، وبارالدهايد، وأهم من هذه المنومات هي: حامض الباريتيريك ومشتقاته، وتباع في الأسواق بأسماء مختلفة، أهمها: سبراكس، باربي ٢، دورميل، بلكسونال، فانادورم، سيكونال.

حيث تثبط هذه العقاقير من عمل قشرة المخ، وكذلك لها خاصية التثبيط بالنسبة لمراكز التنفس في المخ، ودرجة حرارة الجسم، وعمليات البناء والهدم من جراء هبوط وظائف المخ، فيبدأ الفرد في النعاس ثم النوم، وإن زادت الجرعة يتوفى المريض، حيث يدخل في غيبوبة من هبوط وشلل مراكز التنفس في المخ. وأخطر مضاعفات هذا العقار هو الإدمان؛ إذ نجد أن الفرد يزداد من الكمية تدريجياً، ويبدأ تناولها أثناء النهار ويصاب بحالة تسمم ويبدو كأنه مخمور، وغير متوازن، مع ارتخاء في عضلات الجسم، وأحياناً يصيبه نوعاً من الابتهاج، يتناوب مع فترات التوتر والإثارة الشديدة؛ مما يجعل الطبيب إذا لم يأخذ من المريض تاريخ

تناوله لهذه الأدوية، يميل لتشخيص الحالة وكأنها تصلب متناثر، أو خرف شللي، أو خرف قبل الشيخوخة، أو إدمان الخمر.

وعادة ما يتناول مدمن حامض الباريتيريك أو المهدئات أو المطمئئات أنواعاً من المنبهات والخمر، ولا نستطيع اعتباره مدمناً إلا بعد زيارة الجرعة، والمشكلة هنا أن هذه الجرعة تسبب اختلاطاً عقلياً، وفقدان ذاكرة للحوادث القريبة، وبالتالي ينسى المريض أنه تناول العقار، حيث يتناول المريض كمية تؤدي بحياته، ويظن البعض أنه أقدم على الانتحار بهذه الأقراص، والحقيقة أنه أصيب باختلاط عقلي، ولم يستطع تحديد الكمية المطلوبة.

ويؤدي التوقف عن أخذ الباريتيريك أو كميات كبيرة من البنزوديازيبين إلى تحسن سريع في أعراض التسمم السابق ذكرها، ولكن سرعان ما تبدأ أعراض توقف العقار أو حاجة الجسم إليه بعد ٨ ساعات من القلق، وصداع ورعشة، وضعف عام وقيء وهبوط في الدورة الدموية. وتصل هذه الأعراض إلى أقصاها ما بين ١٦-٢٤ ساعة من توقف أخذ العقار، وتصحّب ذلك تغيرات في رسم المخ، وإن عرّف المريض فجأة عن أخذ الدواء، فعادة ما يصاب في ٧٥٪ من الحالات بنوبات صرعية كبيرة فيما بين ١٦ ساعة و٨ أيام من توقفه عن العقار، ويتبع الصرع بعض الاختلاط العقلي، يفيق بعده المريض في حالة سوية تامة.

ويصاحب أعراض توقف العقار في ٦٠٪ من الحالات هذيان في اليوم الأول، مع عدم التعرف على مر الزمان والمكان، وهلاوس ورعشة تشبه الهذيان الارتعاشي في مدمني الخمر، وتحدث تقريباً الأعراض نفسها مع مجموعة المبروباميت (عكاشة، ٢٠١٠).

وتؤثر المهدئات وبشكل فعال في النواقل العصبية ومركز الاتصالات في المخ والتي ترتبط بوظيفة الأحشاء، كالتنفس، والقلب، والغدد الصم. والفرد الذي يتعاطى المهدئات يومياً ولمدة شهر يجد نفسه بأنه أدمن عليها، والواقع أن الأطباء والأخصائيين تنبهوا لأخطار المهدئات ومضارها وحذروا من استعمالها، مثلاً تم التحذير من استخدام الليبريوم (Librium) بعد ظهوره وتداوله بعام واحد عام (١٩٦١).

وكذلك حذرت مجموعة من الأطباء الأمريكيين عام (١٩٦٨) من استخدام عقار الديازيبام (Diazepam) المعروف تجارياً باسم الفاليوم (Valium)، وقد أشارت مجلة (JAMA) في الولايات المتحدة الأمريكية بأن كل سبعة من ثمانية (٨/٧) أفراد يتعاطون حوالى (٢٠-١٥) ملغ يومياً من الفاليوم عانوا من كآبة شديدة ومن رغبة في الانتحار؛ فقد أقدم على الانتحار أربعة من الثمانية مات اثنان وأنقذ اثنان، وعندما توقف الباقيون عن استعمال الفاليوم تحسنت حالتهم.

ويضاف إلى ذلك أن التوقف المفاجئ عن تعاطي هذه المهدئات يؤدي إلى أعراض سحب العقار المزعجة أو المؤلمة، وهي من المهدئات صعبة التحمل؛ إذ يزداد في حالة التوقف ارتعاش الجسم واليدين، مع حدوث نوبات من التشنج، أو نوبات من الصرع، بالإضافة إلى الخوف من الموت، مع قلق شديد، وأرق، وغثيان، ودوخة، وطعم كريه في الفم، وآلام في المفاصل، واضطراب الرؤية، مع كآبة وعدم القدرة على التفكير السليم، ولكن بعد حوالي (٧-١٠) أيام تزول الأعراض كاملة ويعود الفرد لحالته الطبيعية (الزرد، ٢٠٠٩).

ويمكن تقسيم الأدوية التي تؤثر على الحالة النفسية إلى نوعين أساسيين:

أولاً: الأدوية التي تؤثر على الحالة النفسية:

وهي أدوية تعمل بشكل مباشر على الخلايا العصبية للمخ، ويمكن تقسيمها إلى ثلاث فئات تعتمد على التغير الذي تحدثه في الجهاز العصبي، وهذه الفئات هي:

١- المنبهات (Stimulants)، وهي تلك الأدوية التي تؤدي إلى زيادة نشاط أي حالة مرتبطة عادة باليقظة، وتؤدي الجرعات العالية منها إلى حدوث نشاط صرعي واضح.

٢- مثبطات (Depressants)، وهي تلك الأدوية التي تؤدي إلى زيادة نشاط أي حالة مرتبطة بالنوم والاسترخاء، وتؤدي الجرعات العالية منها إلى فقدان الوعي.

٣- مهلوسات (Hallucinogens)، وهي تلك الأدوية التي تشوه عمليات الإدراك والتفكير، وتؤدي الجرعات العالية منها إلى اضطرابات ذهانية.

ثانياً: الأدوية التي تؤثر على الحالة المرضية النفسية:

معظم هذه الأدوية تعمل بطريقة غير مباشرة، وعلى الرغم من أن تأثيراتها تكون فورية على الخلايا في المخ، إلا أن التأثيرات العلاجية لها تتطلب بضعة أسابيع حتى تظهر بشكل واضح، ومن ثم يجب الانتظار حتى تظهر هذه التأثيرات التي تكون نتيجة لتكيف الخلايا العصبية مع تأثيرات هذه الأدوية، وهو ما نسميه التعديل العصبي (Neuromodulation) ويمكن تقسيم هذه الأدوية إلى ثلاث فئات أيضاً وفقاً لطبيعة العرض الذي تؤثر عليه، وهذه الفئات هي:

١- مضادات القلق (Anxiolytics)، وهي الأدوية التي يمكن استخدامها بصفة يومية للتخلص من أعراض الخوف والقلق التي تصيب الفرد، بهدف ممارسة حياته اليومية بصفة طبيعية.

٢- مضادات الاكتئاب (Antidepressants)، وهي الأدوية التي تستخدم لعلاج المشاعر السلبية والتي تتراوح بين تعكر المزاج، والاكتئاب المصحوب بميول انتحارية.

٣- مضادات الذهان (Antipsychotics)، وهي الأدوية التي تستخدم لعلاج الحالات العقلية الشديدة، مثل: الفصام، حيث يفقد المريض علاقته بالواقع، وينخرط في سلوكيات غير طبيعية (علي، ٢٠٠٧).

(٢) الذاكرة:

تتكون الذاكرة من:

أ- الذاكرة قصيرة المدى (العاملة) Working Memory: هي مخزن مؤقت لكمية محددة من المعلومات مع إمكانية تحويلها واستخدامها في إصدار وإنتاج استجابات جديدة وذلك من خلال وجود مكونات مختلفة تقوم بوظيفتي التخزين والمعالجة معا (عاشور، ٢٠٠٦).

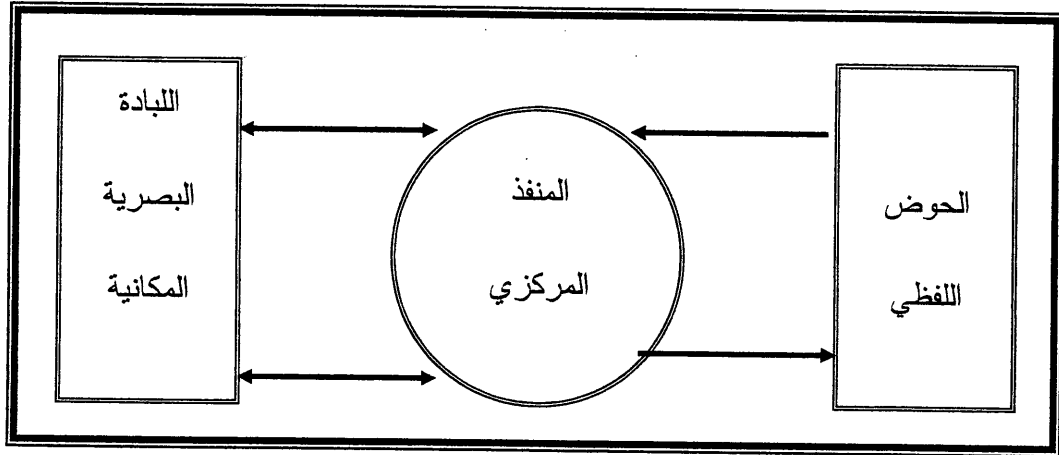
وتمثل الذاكرة العاملة نظاماً ديناميكياً نشطاً يعمل من خلال التركيز التزامني على كل من متطلبات التجهيز والتخزين، ومن ثم فإن الذاكرة العاملة هي مكون تجهيزي ينقل أو يحول إلى الذاكرة طويلة المدى وينقل أو يحول منها. وتهتم الذاكرة العاملة بتفسير وتكامل وترابط المعلومات الحالية مع المعلومات السابق تخزينها أو الاحتفاظ بها. ويؤكد العديد من الباحثين على أن الذاكرة العاملة مهمة للأنشطة المعرفية ذات المستوى العالي، مثل: الفهم القرائي، والاستدلال الرياضي، والتفكير الناقد، واشتقاق المعاني وغيرها.

وقد ظهر مفهوم الذاكرة العاملة أول ما ظهر على يد كل من بريرام وميلر وجلانتر Miller, Galanter & Pribram (١٩٦٠) عندما اقترحوه في كتابهم الخطط وبنية السلوك، ثم استخدمه بعد ذلك كلا من نيول وسليمون Newell and Simon (١٩٧٢) في مدخلهما للنمذجة الحاسوبية، كما استخدم أيضاً في دراسات التعلم الحيواني والتي أجريت على اكتساب الحيوان للمعلومات عبر عدة محاولات طول اليوم، ثم أخيراً استخدم في مجال علم النفس المعرفي ليعبر عن النظم المستخدمة في الاستبقاء المؤقت للمعلومات ومعالجتها، فقد استخدمه كلا من اكنسون وشيفرين Atkinson and Shiffrin (١٩٦٨) ليعبر عن وحدة متكاملة تسمى بالذاكرة قصيرة المدى، ووضعاً لها نموذجها الشهير في الذاكرة. ومنذ ذلك الحين ونتيجة

التراكم المعرفي الناتج عن اهتمام علماء النفس المعرفي بالذاكرة العاملة أصبح هناك معسكرين يشار إليهما عند مناقشة موضوع الذاكرة العاملة؛ المعسكر الشرقي؛ ويرون الذاكرة العاملة عبارة عن نموذج متعدد المكونات واستمدوا دلائلهم على صحة هذا النموذج من نتائج معالجة المهام الثنائية والنتائج المستمدة من علم النفس العصبي، بالإضافة إلى النتائج المستمدة من التصوير الطبقي للنيوترونات العصبية باستخدام رسائل البوزيترون والرنين المغناطيسي الوظيفي. أما المعسكر الغربي فهم يرون الذاكرة العاملة على أنها عبارة عن نموذج وحيد البعد واستمدوا دلائلهم على صحة هذا النموذج من نتائج الذاكرة والفروق الفردية في اللغة والاستدلال وكذلك حدود السعة (أبو علام، ٢٠١٠).

مكونات الذاكرة العاملة:

فصل بادلي Baddeley (١٩٧٤) مكونات الذاكرة العاملة وفق نموذج مقترح يتكون من مكون رئيسي؛ هو المنفذ المركزي أو نظام التحكم التنفيذي وحلقة التسميع اللفظي واللبادة السمعية المكانية، ويوضح الشكل (٢) هذه المكونات:



شكل (٢)

نموذج بادلي للذاكرة العاملة

(في: الزغول، ٢٠٠٨)

١- المنفذ المركزي Central Executive:

يعمل المنفذ المركزي على تكامل المعلومات الواردة من كل من الحوض اللفظي ومسودة التجهيز البصري المكاني والذاكرة طويلة المدى، كما يلعب دوراً مهماً في الانتباه وتخطيط وضبط السلوك والتحكم فيه، حيث يعمل كمنسق لجدولة وضبط إيقاع تدفق

المعلومات واختيار أو انتقاء الاستراتيجيات الملائمة التي تضطلع بحل المشكلات بالإضافة إلى جمع المعلومات وضبط تزامنها أو تعاقبها من مختلف المصادر الخارجية الممكنة والداخلية المتمثلة في الذاكرة طويلة المدى وما وراء المعرفة (شليبي، ٢٠٠٠).

٢- الحوض اللفظي:

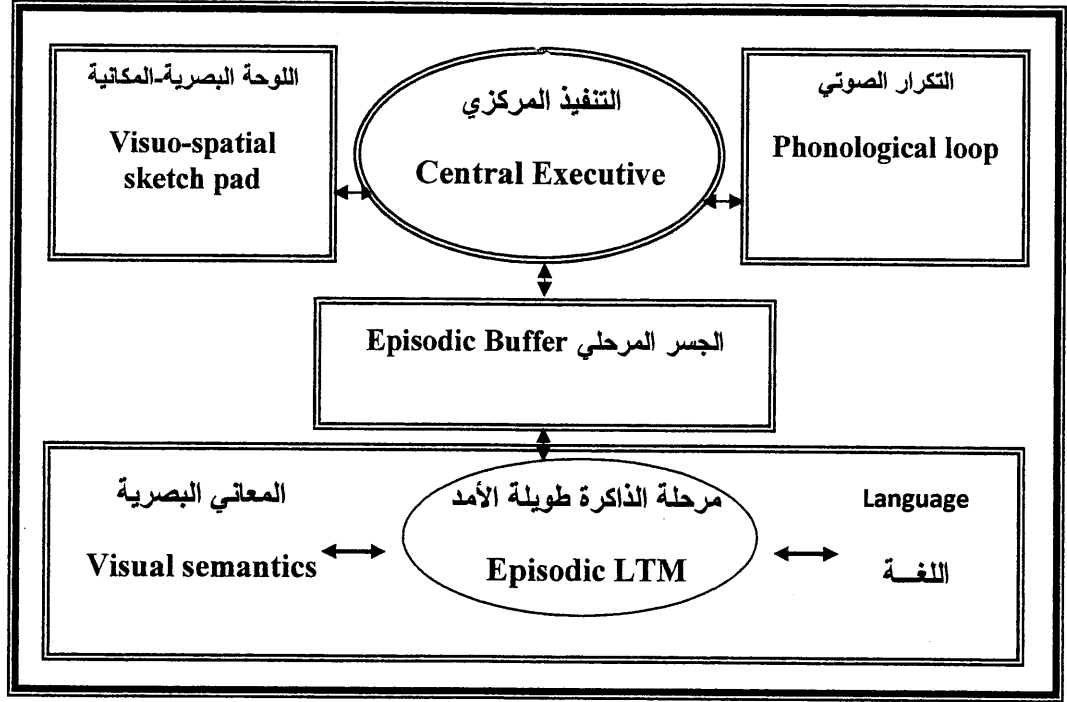
هو أبسط مكونات النموذج، يحتوى على نظام تخزين مؤقت يتم فيه الاحتفاظ بالمعلومات السمعية أو المرتكزة على الكلام في صورة آثار ذاكرة تتلاشى تلقائياً خلال ٢-٣ ثوان، إلا إذا تم تجديدها بالإعادة والتكرار. ويفترض أن يشتمل نظام الإعادة بعض من التلفظ غير الصوتي sub-vocal articulation والتي تعمل على تنشيط أثر الذاكرة. وفيما يتبقى من معلومات في الذاكرة يمكن التحكم فيها والمحافظة عليها بالإعادة المستمرة continuous rehearsal. وهناك آلية للتحكم في المعلومات تنص على تحديد كمية المعلومات المحكومة والحفظ، والتلاشي. والحفظ هو آثار الذاكرة المرتبطة بالكلمات الأخيرة، بينما التلاشي للكلمات الأولى، فلا يمكن أن يبدأ الحفظ إلا بحدوث تلاشي للكلمة الأولى، حتى يبقى في مدى الذاكرة العاملة كمية محددة من المفردات والحفظ والتلاشي يرتبط بطبيعة المثيرات، فالمثيرات المتشابهة صوتياً أكثر عرضة للنسيان من المثيرات ذات الفروق الصوتية (الشربيني، ٢٠٠٤).

٣- اللبادة البصرية المكانية:

وهي النظام الخدمي الثنائي في نموذج بادلي، وهي مكلفة بالمحافظة على المعلومات البصرية والمكانية في الذاكرة العاملة، وقام بادلي Baddeley (١٩٧٤) بدراسة لإثبات فرضية وجود اللبادة البصرية المكانية. تم في هذه الدراسة استخدام المهمات المزدوجة (مهمة بصرية، مهمة سمعية). فأظهرت النتائج استقلال الأداء البصري المكاني عن الأداء اللفظي. وهذا يشير إلى وجود نظام بصري منفصل في الذاكرة العاملة (الزغول، ٢٠٠٨).

وأضاف بادلي Baddeley في نموذجه لمكونات الذاكرة العاملة مكوناً رابعاً، وهو الجسر المرحلي Episodic Buffer والذي توصل إليه بادلي في دراسته عام (٢٠٠٠) لمعرفة كيف يتم انتقال المعلومات للذاكرة طويلة الأمد أو الاستدعاء منها. كما يضيف أن هذا الجسر المرحلي يعمل على جعل المعلومات في حالة نشطة، تجعل الشخص أكثر وعياً وإدراكاً بها مما يسهل استخدامها. وما يمكن الإشارة إليه أن الذاكرة العاملة هي الحالة النشطة للمعلومات سواء في التخزين أو الاستدعاء، أو في حالة توظيف المعلومات في التعامل مع المواقف الصعبة أو غير المعتادة (Baddeley, 2002).

ومنذ أن قدم بادلي وهيتش (Baddeley and Hitch ١٩٧٤) نموذج الذاكرة العاملة كبديل لنموذج الذاكرة القصيرة الأمد، ولم تتوقف دراساتهم عن تطوير هذا النموذج. ويعتبر التعديل الأخير للنموذج والذي ينسب لبادلي (Baddeley ٢٠٠٠) في مقالته بعنوان "The Episodic Buffer – New component of W.M" وبذلك أصبح نموذج الذاكرة العاملة يتضمن أربعة مكونات وليس ثلاثة مكونات التي بني بها النموذج الأولى، والشكل (٣) يوضح ذلك:



شكل (٣)

مكونات نموذج الذاكرة العاملة ذو المكونات الأربعة

(Baddeley , 2000)

ونلاحظ أن النموذج الجديد متعدد المكونات يختلف عن النموذج القديم في أمرين:
 الأول: وجود روابط واضحة بين المنظومتين الفرعيتين والذاكرة طويلة الأمد اللفظية البصرية، حيث يوجد رابطة بين دائرة التوظيف الصوتي واللغة، أي الجانب اللفظي، كما يوجد رابطة مماثلة بين مسودة المعالجة البصرية والمعاني البصرية. والأخيرة نتجت من التراكم الدوري للمعلومات غير اللفظية ذات المعنى، مثل: ألوان الأشياء، من ثم يفترض أن يكون انسياب المعلومات ثنائي الاتجاه، أي أن المنظومة الفرعية تغذي المناطق المناسبة من

الذاكرة طويلة الأمد وتساعدهم المعلومات غير الصريحة والعالم البصري المكاني بالذاكرة، مما يجعل أشباه الكلمات والأنماط تشبه الأشياء الحقيقية مما ييسر استدعائها.

الثاني: هو الجسر المرحلي، حيث يفترض أنه يربط أو يدمج المعلومات من الذاكرة طويلة الأمد مع تلك المعلومات من مخازن الذاكرة العاملة ويعتمد على ذلك المنفذ المركزي فقط، لذلك لا توجد روابط مباشرة بين الجسر المرحلي ودائرة التوظيف الصوتي أو مسودة المعالجة البصرية المكانية (أبو علام، ٢٠١٠).

ب- الذاكرة طويلة المدى:

تعتبر الذاكرة طويلة المدى أكثر الأنظمة تعقيداً وكفاءة من حيث قدرتها على تخزين كميات هائلة من المعلومات والخبرات المتنوعة والاحتفاظ بمثل هذه المعلومات لفترة زمنية غير محددة، ويضاف إلى ذلك طبيعة العمليات التي تنفذ على المعلومات في هذه الذاكرة، فهذه الذاكرة منظمة على نحو جيد وينفذ فيها العديد من عمليات التحويل والتفصيل والتنظيم على المعلومات ليتم تمثيلها على نحو فعال يساعد في تخزينها واستدعاؤها لاحقاً (الزغول، ٢٠٠٨).

إن الذاكرة طويلة المدى هي ذلك المكان الذي تخزن فيه المعلومات لمدة تزيد عن ثمانية عشر ثانية وتصل إلى ثلاثين سنة أو يزيد، ويتم فيها التخزين النهائي لا التخزين المرحلي، كما هو الحال في الذاكرة الحسية والقصيرة المدى والعاملة، وتعتمد هذه الذاكرة في تخزينها للمعلومات على ترميزها للمواد اللفظية اعتماداً على معانيها بالدرجة الأولى (الوقفي، ١٩٩٨).

نماذج الذاكرة:

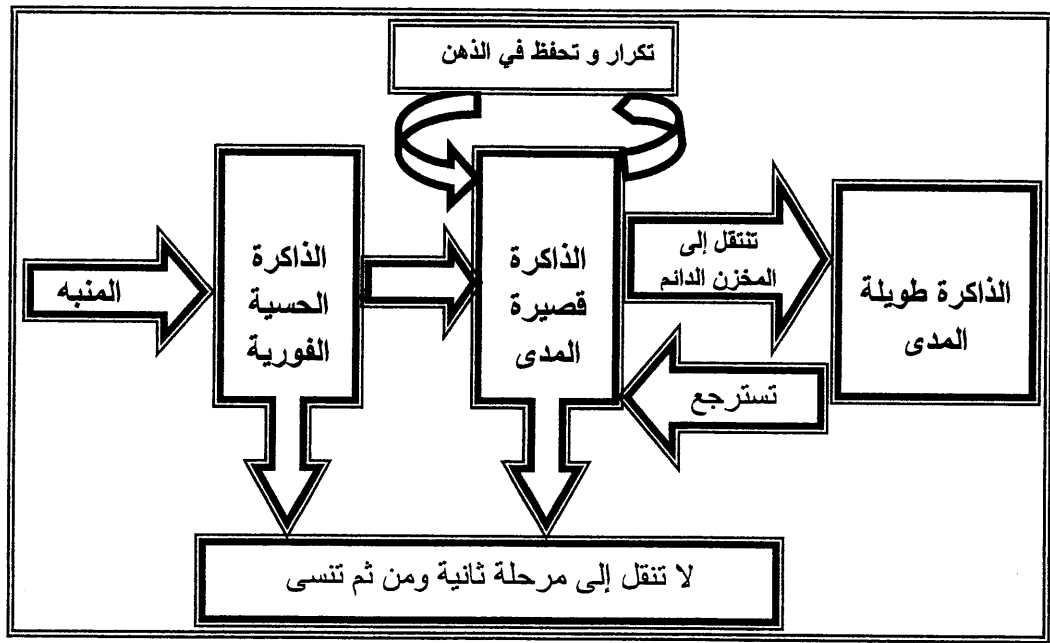
وضع علماء النفس المعرفي عدداً من نماذج الذاكرة محاولة لتبسيط عمل الذاكرة وتنظيمها، فهناك نوعين من النماذج، النوع الأول: نماذج الذاكرة المنفصلة، مثل: نموذج اتكنسون- شيفرن، ونموذج تولفنج. أما النوع الثاني: فهو نموذج الذاكرة المتصلة، مثل: نموذج تجهيز ومعالجة المعلومات، ونموذج المعالجة الموزعة المتوازنة. وفيما يلي عرض لهذه النماذج المهمة التي تناولت الذاكرة.

١- نموذج أتكينسون - شيفرن Atkinson - Chevren:

إن النموذج الذي قدمه اتكنسون- شيفرن سنة ١٩٦٨ وتم تطويره في سنتي ١٩٧١ و١٩٧٧ يعد من أكثر النماذج قبولاً من قبل العلماء والباحثين في موضوع الذاكرة، لأنه

يشير بوضوح إلى جميع مكونات عملية التذكر والنسيان، كما يعزو سبب النسيان إلى الفشل في احد العناصر أو أكثر من العناصر المكونة لعملية التذكر.

ويفترض هذا النموذج أن المعلومات التي يتلقاها الفرد تدخل إلى الذاكرة القصيرة المدى عن طريق التسجيل الحسي، فإما أن تبقى في هذه الذاكرة عن طريق الإعادة أو التكرار، أو تفقد من خلال التضاؤل أو الخفوت، فضلاً عن ذلك قد تنتقل إلى الذاكرة الطويلة المدى عن طريق تكرار المعلومات التي تهمل الفرد، فالتكرار هنا لا ينتهي بالمحافظة على المعلومات في الذاكرة القصيرة المدى، بل أيضاً يسبب انتقالها إلى الذاكرة الطويلة المدى، والشكل (٤) يوضح ذلك:



شكل (٤)

نموذج اتكنسون - شيفرن

(في: ملحم، ٢٠٠٢)

٢ - نموذج تولفينج Tulving :

يركز هذا النموذج على طبيعة المادة وطول الفترة الزمنية التي تخزن فيها المعلومات في الذاكرة، ويميز هذا النموذج بين ذاكرة الأحداث وذاكرة المعاني. حيث أن ذاكرة الأحداث تدور حول الأحداث العلاقات والسيرة الذاتية والمواعيد والقصص وأي حدث له أهمية خاصة. أما

ذاكرة المعاني فيخزن فيها شبكة من المعاني التي ترتبط بالأفكار والحقائق والمفاهيم وتشتمل على الافتراضات والصور الذهنية والمخططات العقلية (الزغول، ٢٠٠٣).

وقد قام تولفنج حديثاً بإضافة تصنيف ثالث الذاكرة، حيث أطلق عليها الذاكرة الإجرائية والتي يقصد بها معرفة كيفية عمل شيء ما، وهي مهارات عملية تعتمد على الممارسة الفعلية وليس النظرية (الزيات، ١٩٩٨).

٣- نموذج مستوى تجهيز ومعالجة المعلومات:

ينظر نموذج معالجة المعلومات إلى الإنسان على أنه نظام معقد وفريد في عمليات معالجة المعلومات وينطلق في تفسيره لهذا النظام على عدد من الافتراضات التي جعلت توجهاً جديداً في دراسة عمليات الإدراك والتعلم والذاكرة البشرية، وتتمثل هذه الافتراضات بما يلي:

١- إن الإنسان كائن نشط وفعال أثناء عملية التعلم حيث يسعى الإنسان إلى البحث عن المعلومات ويعمل على معالجتها الأمر الذي يمكنه من إنتاج تمثيلات معرفية معينة تحدد أنماط سلوكه.

٢- التأكيد على العمليات المعرفية أكثر من الاستجابة بحد ذاتها.

٣- تشتمل العمليات المعرفية على عدد من عمليات التحويل للمثيرات أو المعلومات التي تتم وفق مراحل متسلسلة في كل منها، ويتم تحويل هذه المعلومات من شكل إلى آخر لتحقيق هدف معين.

٤- تتألف العمليات المعرفية العليا، مثل: المحاكمة العقلية من عدد من العمليات الفرعية البسيطة، حيث أن تنفيذ مثل هذه العمليات يتطلب عدد من الإجراءات تتمثل في استخلاص خصائص معينة من المثيرات وإحلال المعلومات في الذاكرة قصيرة المدى والاحتفاظ بها لفترة، وتفعيل بعض المعلومات في الذاكرة طويلة المدى.

٥- يمتاز نظام معالجة المعلومات لدى الإنسان بسعته المحددة على معالجة وتخزين المعلومات خلال مراحل المعالجة.

٦- تعتمد عمليات المعالجة عبر المراحل المتعددة على طبيعة وخصائص أنظمة الذاكرة الثلاثة: الذاكرة الحسية والذاكرة قصيرة المدى والذاكرة طويلة المدى، كما تلعب عوامل مثل: الانتباه والإدراك على قدرة الفرد على استرجاع الخبرات السابقة ذات العلاقة دوراً بارزاً في تنفيذ عمليات المعالجة (الزغول، ٢٠٠٨).

وبناء على ذلك فإن المستوى السطحي الهامشي حيث يتم فيه التحليل الحسي للمعلومات، وعلى المستوى المتوسط يتم فيه اشتقاق معنى المعلومات، وفي المستوى العميق يكون ارتباط المعلومات بالذاكرة طويلة المدى، وفي المستوى الأكثر عمقاً تحدث درجة أكبر من التحليل القائم على المعنى. وقد اتفقت الدراسات والبحوث على أن المستوى الأكثر عمقاً ينتج مستوى من الحفظ والتذكر أعلى من مستوى تجهيز ومعالجة المعلومات عند المستوى السطحي (الزيات، ١٩٩٨).

٤- نموذج المعالجة الموزعة المتوازنة:

يرى هذا النموذج أن معالجة المعلومات تتم بشكل متزايد من قبل أجزاء في نظام الذاكرة وليس بشكل متسلسل كما جاء في نموذج اتكنسون- شيفرن وكريك (أبو جادو، ٢٠٠٣).

كما يرتبط هذا الاتجاه بمفاهيم الشبكات العصبية وفي دراسات علم نفس الأعصاب والاتجاه المعاصر في دراسة الظواهر المعرفية وأكد هذا النموذج على أن العمليات المعرفية تتم من خلال شبكة من المترابطات بين الأعصاب بشكل متوازي وليس متسلسل (العتوم، ٢٠٠٤).

(٣) الأشخاص المسنون:

تمر مرحلة كبار السن بأربع مراحل متتامية من الناحية اللغوية، هي:

- الكهل: وهو من امتد عمره من سن ٦٠ سنة إلى حوالي ٧٥ عاماً.
- الشيخ: وهي تمتد من سن ٧٥ إلى حوالي ٨٥ عاماً.
- الهرم: من كان في سن ٨٥ عاماً.
- المعمر: وهو من بلغ سن المائة (أبو الحطب، ٢٠٠٨).

خصائص مرحلة المسنين:

تعد هذه المرحلة العمرية من المراحل التي يختتم فيها الإنسان حياته بصورة عامة، وهي كغيرها من المراحل التي تتميز ببعض التغيرات الطبيعية والنفسية والاجتماعية والعقلية. وهذه التغيرات في حقيقة الأمر تأخذ خطأً منحياً نحو التدهور والضعف بحكم الاستمرارية في التقدم العمري الذي يصحبه استمرارية في موت وتدهور خلايا الجسم.

وتتميز الشيخوخة بالخصائص الآتية:

١- تتزايد أعداد المسنين تزايداً مستمراً نتيجة التقدم الكبير في الطب الوقائي بهدف منع انتشار الأمراض والأوبئة، فقد ثبت بالتجربة نجاحها في منع أو تأخير أو ترويض هذه الأمراض، والطب العلاجي الذي يهدف إلى إمداد المسنين بالدواء المناسب لأمراضهم بغرض الشفاء منها أو السيطرة عليها، وارتفاع مستوى الصحة النفسية لتوفير الراحة النفسية للمسنين، وتحول دون مرضهم بالأمراض النفسية والعصبية، وعلى ذلك سيظل المسن بالوقاية والأمان.

وينتج عن تزايد أعداد المسنين آثار سلبية، لعل أهمها:

أ- فقدان القوة الإنتاجية في المجتمع لخبرات وطاقات عمل وإنتاج اكتسبت خبراتها عبر سنوات طويلة ويصعب تعويضها بمجرد إضافة أعداداً مماثلة من الطاقات الجديدة في سوق العمل.

ب- تزايد معدلات الأعمار، أي نسبة عدد المعولين إلى كل منتج في المجتمع، وبالتالي انخفاض مماثل في الاستثمارات.

ج- إن إبعاد العديد من أفراد المجتمع عن المشاركة في عملية الإنتاج رغم ما يمتلكون من طاقات جسمية وعقلية وخبرات فنية يقلل من فاعلية التنمية وتحد من طاقات المجتمع الإنتاجية، مما كان من الممكن أن يسد نقصاً في إمكانيات المجتمع.

د- ينجم عن التزايد النسبي في عدد المسنين تضاعف المشكلات الطبية والنفسية مما يترتب عليه زيادة نفقات العلاج.

هـ- تحمل المجتمع لمزيد من الأعباء الاقتصادية نتيجة رعايته للمسنين الذين أصبحوا من خلال التقاعد الإجباري واعتلال صحتهم يعانون من تناقص الدخل.

٢- الشيخوخة ظاهرة عامة تواجهها جميع المجتمعات على اختلافها، وهي إحدى مراحل النمو التي تمثل نهاية دورة الحياة، وتتأثر بالسّمات الواردة إليها من المراحل السابقة.

٣- يتضح في مرحلة الشيخوخة أن العمر الزمني يؤثر على التغيرات التي تطرأ على خواص الإنسان الجسمية والفسولوجية والنفسية والاجتماعية.

٤- تتميز الشيخوخة بتدهور صحي عام يتصف بالاضمحلال في البناء والوظيفية البيولوجية بعد اكتمال النضج، وتسير هذه التغيرات نحو التراجع. ويسبق التغيرات الجسمية في المرحلة الشيخوخة- التغير النفسي والذي يبدو في التخلخل الإدراكي، وتشترك هذه الأمراض وعجز المسن في الحركة والتخلخل الحركي.

٥- تتميز الشيخوخة ببعض التناقص في القدرات الجسمية، ولكنها تثير أيضاً بتزايد مطرد في بعض القدرات العقلية وفي الصفاء الروحي. وقد يضعف الجسم، ولكن تزداد الخبرة والحكمة وتعمق التجربة. وقد يضعف البصر ولكن تزداد حدة البصيرة. ولم يعد كبير السن قادراً على التحرك كما اعتاد، بات يحسب عدد الخطوات التي يخطوها.

٦- ترتبط المشكلة الاجتماعية بكبار السن، ففيما مضى كانوا يعولون أبنائهم، بينما أصبحوا الآن يعولهم أبنائهم. كما تقل صلاتهم الاجتماعية حتى مع الأقارب والأصدقاء، وهكذا فهم يعيشون في عزلة وفي حالة قلق، وعدم سعادة، مما يضطرهم إلى استخدام المرض كوسيلة لجذب الاهتمام بهم، وقد يؤدي المرض بهم إلى حالة من النكوص.

٧- الوحدة: تعني الوحدة الشعور المؤلم بعدم التمتع بعلاقة فيها قرب وأخذ وعطاء. وتصل نسبة المسنين الذين يعانون من هذه الشكوى إلى الثلث، وتمثل الوحدة كرباً عظيماً، وتساهم في حدوث الاكتئاب والإدمان والأمراض الجسمية المرتبطة بالكرب. وهي ترفع دقات القلب وتخفف المناعة، وترتبط بالموت (رشوان، ٢٠١٠).

ويمكن إجمال خصائص المسنين على النحو الآتي:

١) **الخصائص الجسمية:** وتتضمن هذه الخصائص التغيرات الظاهرية والمرئية، مثل: تغيرات الجلد والشعر والوجه واليدين، وكذلك القدرة الحركية بشكل عام، والتي تتمثل بالبطء في المشي أو التوكئ على العكاز، بالإضافة إلى التغيرات الداخلية التي تحدث للهيكل العظمي والأحشاء وأجهزة الجسم المختلفة. وبصورة عامة فإن المسنين يعانون من ضعف في الجهاز العصبي والذي ينعكس سلباً على النشاط الحركي، حيث يفقد المسن الدقة والمهارة والاتزان، وكذلك فإن الأجهزة الداخلية يصيبها الوهن ويتسرب الضعف إلى القلب والمعدة والرئتين والجهاز العظمي لنقص مادة الكالسيوم فيه، فتتقوس القامة، وتضعف الساقين عن حمل الجسم، وتتساقط الأسنان. أما بالنسبة للمخ فينقص وزنه وتمتد التجويفات من الجانبين، ويضيق شريط اللحاء، ويظهر التدهور في الجهاز العصبي مبكراً في الشيخوخة. بالإضافة إلى ذلك فإن هناك تغيرات أخرى، والتي تتمثل في تغير قوة دفع الدم، وتغير السعة الهوائية للرئتين، وانقطاع الحيض لدى المسنات. وهو من جراء كل هذا يشعر بالإحباط الشديد في نفسه من حيث فقدان القدرة على ممارسة الأعمال المختلفة، وهذا ما يضيف عليه شعوراً بأنه كيان ناقص يحتاج إلى المساعدة والعون، وقد يكون نتيجة لهذا الاحتياج الدائم لمساعدة الآخرين أن يتضايق ويبتعد الآخرون عنه.

(٢) **الخصائص الانفعالية:** ابتداءً يمكن القول بأن الخصائص الانفعالية للمسنين تتسم بأنها ذاتية المركز، أي أنها تدور حول الذات أكثر مما تدور حول الآخرين، وهذا بدوره يؤدي إلى نوع من أنماط الأناية لديهم، حيث يلجأ المسنون من خلالها لاستحواذ انتباه المحيطين بهم، وأن المسنين ليس لهم القدرة على التحكم الصحيح في انفعالاتهم، فهي خليط مزدوج من انفعالات المراحل العمرية التي يمر بها الفرد، فترى بعضها يوافق انفعالات مرحلة الطفولة، وبعضها يتوافق مع انفعالات المراهقة، وبعضها الآخر يحاكي مرحلة الشباب والرشد، بمعنى آخر أن هذه المرحلة العمرية تمثل محصلة الجوانب الانفعالية المتعلقة بمراحل النمو المختلفة للفرد. وبشكل عام يمكن القول بأن الجانب الانفعالي للمسن يغلب عليه لون غريب من التعصب للرأي والعواطف وللجيل الذي ينتمون إليه، وبالتالي لكل ما يمت إليهم بصلة، فنراه متطرفاً في نقد سلوكيات الأجيال التالية ومعاييرهم الاجتماعية، وعندما لا يتقبل الآخرون آرائهم وتعصبهم فإنهم يشعرون بنوع من الاضطهاد في أعماق أنفسهم، بحيث يؤدي بهم هذا الشعور بالإحساس العميق بالفشل وعدم القيمة والمهانة أحياناً، أي تدني مفهوم الذات لديهم واعتقادهم بأن الآخرين لا يتقبلونهم ولا يرغبون بوجودهم في الحياة، الأمر الذي يؤدي إلى نمو السلوكيات العدوانية لديهم في مجابهة هذا الاضطهاد، وأحياناً يكون موقفهم من هذه الأمور بشكل سلبي بحيث لا يفعلون أو يتفاعلون معها، وكأنهم يعبرون بذلك عن الهوة الساحقة بينهم وبين الأجيال الأخرى، لذا فإن كثير منهم تتصف انفعالاته بالخمول وبلادة الحس، وأحياناً بالاغتراب عن البيئة والمحيط، وهذا ما يزيد من تعاسته ونمو اليأس والسأم في ذاته. ويرى وائل خطار (١٩٩٢)، في هذا الصدد بأن انفعالات المسنين نحو المثيرات كثيراً ما يكتنفها الخطأ إزاء إدراك المواقف المحيطة بهم، ولذلك فإن انفعالاتهم تكون شاذة لا تتناسب ومقومات الموقف الذي يثير في نفسه ذلك الانفعال.

(٣) **الخصائص العقلية:** تشير دراسات النمو إلى أن الكفاءة العقلية العامة للمرء تبقى ثابتة نسبياً حتى أول الخمسينات، ثم تبدأ بعد ذلك بالتدهور ببطء مع تقدم العمر نحو الستين. أما من حيث قدرة المسنين على التعلم والتذكر فإنها أيضاً تبدأ بالتدهور قليلاً مع تزايد العمر، ولو أن هناك بعض الآراء التي تؤكد، وخاصة بالنسبة لعملية التذكر، بأنها قد تتناسب طردياً مع التقدم العمري، حيث أن المسن قد يتذكر أحداثاً وقعت له في السنوات الأولى من عمره. ويرى محمد الطحان (١٩٨٤)، أن قدرة الفرد على الإدراك كعملية عقلية أساسية من عمليات التعلم تتأثر بضعف

القشرة المخيطة نتيجة كبر السن، وأن الدراسات أكدت على أن القدرة الاستدلالية أكثر القدرات تدهوراً في سن الشيخوخة.

٤) **الخصائص الاجتماعية:** إن الخصائص الاجتماعية للمسن ترتبط في حقيقة الأمر بالعديد من المتغيرات والتي تكمن في النسق الاجتماعي الذي يعيش فيه المسن، بالإضافة إلى سماته الشخصية، كما يلاحظ أن العلاقات الاجتماعية للمسن بشكل عام تكاد تكون مقتصرة إلى حد كبير على أقرانه القدماء والذين يعيشون بالقرب منه لتعذر تنقله إلى أماكن بعيدة حيث يقطن بعض أصدقائه، بالإضافة إلى ذلك فإن المسنين ليست لديهم الهمة والاندفاع لتكوين علاقات جديدة، وهذا ما يجعل العلاقات الاجتماعية لهم ضيقة، وقد تقتصر أحياناً على الأبناء والأحفاد، مما ينتج عن هذا شعور المسن بالوحدة القاسية، والذي يؤدي إلى شعورهم بالسأم والملل وعدم الابتهاج لما هم عليه، ولهذا السبب تعترضهم الوحشة بسبب انقراض أقرانهم واحداً تلو الآخر، فلا يرى أحد من أقرانه أو أصدقاء طفولته فتدب الوحشة في نفسه ويستوحش المكان والزمان، وبعده يتولد الاكتئاب النفسي عند المسنين (خليفة، ١٩٩٧).

مظاهر الاضطراب لدى المسنين:

١- الأمراض المزمنة:

إن الشيخوخة ليست مرحلة ضعف وهوان فحسب، ولكنها أكثر فترات الحياة التي يتأثر الجسم فيها بالمرض، ولا تكون الأمراض فرادى بل يصاب المسن بعدة أمراض في وقت واحد، ومن الأمراض التي تنتشر في أواخر العمر، أمراض: القلب، والسرطان، وفقر الدم، واضطرابات المعدة والقولون، ومرض السكري، والأوعية الدموية، وتضخم البروستاتا، وسقوط الأسنان، وخلل الحواس وخاصة السمع والإبصار، واضطرابات النوم (الشربيني، د.ت: ٩٥-١٠٧).

٢- تدهور الوظائف البيولوجية والفسولوجية:

تشير الأبحاث الطبية إلى أن الشيخوخة من الناحية البيولوجية تعبر عن اضمحلال جسمي في البناء والوظيفية مع تقدم السن؛ ومن التغيرات البيولوجية المصاحبة للتقدم في السن: جفاف الأنسجة، وضعف إمكانيات نمو الخلايا، وزيادة في معدل تدهور الأنسجة، ونقص في مرونة الخلايا، وتدهور الجهاز العصبي، وضعف قوة الإبصار والسمع والانتباه والذاكرة، وذبول الجلد وخاصة في الوجه والركبة والأطراف، وانحناء العمود الفقري، وتبدل

الحركات المعبرة في الوجه واليدين، وتراكم الدهون تحت الجلد، وانخفاض الوزن والطول، وسقوط الشعر، وتغير معدل الأيض؛ أي معدل الهدم والبناء؛ فيصبح الهدم أكثر ضراوة من البناء (بركات، ٢٠١٠).

ويشمل الانحدار التدريجي في ببطء الاستجابات العصبية، وخلل في الجهاز العصبي؛ المركزي حيث يتناقص عدد الخلايا العصبية مع تقدم في السن، والتدهور في القوة العضلية والأداء الحركي؛ حيث يسود انخفاض في القوة العضلات مع فقدان مرونتها، وتدهور الحواس؛ حيث تضعف حاسة الإبصار والسمع والتذوق ويتغير الصوت ويضعف إحساس الجلد (قناوي، ١٩٨٧).

وقام كل من هين وبرونينج Hein & Burning (٢٠٠٤) باكتشاف الإدراك النفسي الاجتماعي والاتصال لدى عينة من المسنين فاقد البصر لتحديد صعوبات الاتصال والتخاطب والاستراتيجيات التي يستخدمونها في حياتهم، ومعرفة إدراكهم للتكيف الاجتماعي، وجودة الحياة والصحة الجسمية والنفسية، وقد أوضحت معاناة هؤلاء المسنين من صعوبات في الاتصالات الشخصية والمكانية، ومشاكل في التكيف، واضطراب الاكتئاب، والقلق، والخمول، وعدم الرضا الاجتماعي.

٣- تدهور المستوى المعرفي:

يشير توجسفر Togsfr (٢٠٠٧) إلى العلاقة بين الأداء المعرفي لكبار السن وبعض الجينات الوراثية والمستوى التعليمي ومستوى الدهون في الدم واستهلاك الكحول، وقد كان التأثير الأقوى للجينات والعوامل الوراثية على الأداء المعرفي أقل من الجينات والعمر والتعليم واستهلاك الكحول ومستوى الدهون، كما اهتمت دراسة سوشوز Sohoz (٢٠٠٧) بدراسة الأداء المعرفي لدى المسنين، وتم فحص بعض النواحي المزاجية والعصبية والنفسية واضطرابات الذاكرة، وتوصلت إلى تسجيل كبار السن مستوى أدنى من الذاكرة اللفظية والطلاقة اللفظية والعقلية، وأشار كمشان Kmchan (٢٠٠٠) إلى ارتباط التدهور المعرفي في كبار السن بالقلق والاكتئاب. وأشارت دراسة بروكس Brooks (٢٠٠٧) إلى معاناة كبار السن من معدلات عالية لانخفاض الذاكرة وانخفاض القدرات الفكرية؛ وهذا يؤثر على تفاعلهم الاجتماعي وتكيفهم بشكل عام داخل المجتمع، كما أشارت دراسة بيرنجر Berenger (٢٠٠٥) إلى ارتباط التدهور في الأداء المعرفي لدى كبار السن بظهور أعراض قلق واكتئاب، فالأداء المعرفي لدى كبار السن يتوقف على سلامة المخ باعتباره جهاز تفكير، وما نلاحظه في المسنين من ضعف أو خطأ في التفكير إنما يرجع إلى ضمور خلايا المخ، كما يرتبط عطب التفكير إلى سوء تغذية المخ بالخبرات المعرفية الجديدة، أو عدم تفاعل القدرات المقدمة إلى المخ مع آخر مستوى نمائي وصل إليه؛ أو تقديم معلومات زائفة إلى المخ وعدم

تدريبه على منهج التفكير السليم، كما يعاني المسن من صعوبة في الإدراك وترجمة الإحساسات إلى إدراكات؛ وقد يرجع ذلك إلى ضعف المداخل الحسية التي تربط بين العالم الخارجي والمخ؛ وهي المستقبلات الحسية (الحواس الخمس) التي تربط بالمخ؛ بواسطة الأعصاب الموردة، كما يتوقف الإدراك لدى كبار السن على ضعف القشرة المخية، ويعاني المسنون أيضاً من النسيان وصعوبة التذكر والاسترجاع، فالتذكر عملية عقلية ديناميكية متطورة ومتغيرة؛ والزمن ركن أساسي فيها، ولذلك فهي تتغير حسب التغير في العمر والتذكر يختلف تبعاً لمجموعة من المعايير، هي المدى الزمني الذي يفصل بين عمليتي الاكتساب والاسترجاع، فهناك التذكر المباشر والتذكر البعيد والحديث والقديم، كما يختلف أيضاً تبعاً لاختلاف مهارة التذكر نفسها، هل هي أعداد أو أشكال أو رسوم أو صور أو مجسمات أو ألفاظ أو عبارات أو جمل أو فقرات، كما يتذكر بعض كبار السن القديم وينسوا الحديث، وذلك لأنهم تعلموا القديم وتدريبوا عليه لفترة طويلة، وقد ينسوا الأشياء التي تقع منذ لحظات مثل: الوقت والتاريخ والأماكن والشخصيات؛ وقد يعاني المسن من ضعف التذكر في جانب دون الجوانب الأخرى؛ فهناك ذاكرة للأسماء وذاكرة للوقت وذاكرة للأرقام والجمل والعبارات. وهناك من يفسر النسيان في المسنين على أنه راجع إلى انسحاب المسن من العالم الخارجي إلى عالمه الداخلي، كما تظهر على المسنين ضعف التخيل، وقد يتعلق ذلك ببعض العوامل الوجدانية، كالأحباط والإحساس وعدم تشجيع، كما يعاني بعض المسنين من تغير في القدرات العقلية والذكاء؛ وقد يرتبط ذلك ببعض الأمراض التي تصيب الأوعية الدموية (قناوي، ١٩٨٧).

٤- الوحدة النفسية:

يمكن تحديد مجموعة من الأسباب كما أشار إلى ذلك فيصل محمد (٢٠٠٦) التي تؤدي إلى شعور المسنين بالوحدة والالام النفسية على النحو التالي:

- الحالة النفسية للمسن بسبب تقدم السن وتدهور الحالة الصحية وضعف الحواس، مثل: حاستي البصر والسمع.
- سوء الظروف السكنية.
- العزلة الاجتماعية والشعور بعدم الحاجة لمخالطة الآخرين، وما ينتج عن ذلك من اضطرابات نفسية.

وقد اهتمت دراسة منسيفلد Mnseveld (٢٠٠٧) بالتعرف على الوحدة لدى المسنين، واعتمدت على نموذج يسمى الاكتئاب والشعور بالوحدة، والتي تكمن جذوره في النظرية

المعرفية السلوكية والتفاعل بين العمليات الإدراكية والأحداث البيئية، وخلصت الدراسة إلى العوامل النفسية والاجتماعية لها التأثير القوي في الشعور بالوحدة والاكتئاب.

معايير ومقاييس تحديد مرحلة الشيخوخة:

١- **مقاييس العمر البيولوجية:** وهو معيار يصف الجوانب الجسمية المصاحبة لبداية مرحلة الشيخوخة العضوية والتي تتباين من فرد لآخر وفقاً للعمر البيولوجي، والسمات الجسمية في الآتي:

أ- التمزق التدريجي للأنسجة.

ب- تأخر الانقسام الخلوي تدريجياً، مع ضعف القدرة على نمو الخلايا وإصلاح الأنسجة.

ج- تأخر تدريجي في معدل أكسدة، وانخفاض معدل الأيض الأساسي.

د- ضمور خلوي من اضمحلال الخلايا وزيادة التلون الخلوي والانتشار الذهني.

هـ- انخفاض تدريجي في مرونة الأنسجة، وتغيرات اضمحلالية في الأنسجة الرابطة المرنة.

و- انخفاض السرعة وتدهور القوة وضعف تحمل ردود الفعل.

ز- انخفاض قوة العضلات الهيكلية.

ح- اضمحلال متواصل وضمور في الجهاز العصبي، كضعف البصر والسمع والانتباه والذاكرة وقوة الاحتمال العقلي.

٢- **العمر الزمني:** يستند العمر الزمني إلى تتابع التاريخ التقويمي، فهو يعبر عن الانتقال من أحداث معينة في حياة الفرد، وهو يمثل قدرات الفرد الزمنية والتي ترتبط بقدرات الفرد الجسمية والعقلية، ويساهم التحديد الزمني في وضع الإطار الصحيح لبرنامج رعاية الشيخوخة عند التخطيط لها. وتبدو أهمية العمر الزمني عند حوالي الستين، الذي يعتبر عادة السن المحددة اختياراً لبدء التقاعد الإجباري.

٣- **المعايير النفسية:** وهو معيار يصف الخصائص النفسية للمسنين، والتغيرات التي تعترض دوافعهم وحاجاتهم وسلوكهم. فتنحدر القوة الفعلية مع التقدم في السن. أما الذكاء يبلغ ذروته في العشرينات ثم يبدأ بعد ذلك في الانحدار. كما تنحدر القدرة على تعلم مواد جديدة مع التقدم في السن، وتضعف الذاكرة، خاصة بالنسبة للأحداث القريبة. وتحدث كذلك بعض التغيرات الانتقالية، مثل: القلق، والشعور بعدم الكفاءة، وعدم الأمان أو الفرع أو الذنب، وشعور الفرد بأنه غير مرغوب فيه، وبأنه معزول ووحيد. ويصاب المسن بالشك، وتضاؤل الاهتمامات، وفقدان الاهتمام بالأنشطة، وزيادة الاهتمام بانخفاض النشاط

الجنسي، وعدم المقدرة على التكيف مع الظروف المتغيرة، والثرثرة في الماضي، وإخفاء أشياء تكون تافهة، إلى الأحداث الماضية.

٤- **المعايير الاجتماعية لسن الشيخوخة:** هو يخضع لمجموعة مؤثرات بيولوجية ونفسية واجتماعية وثقافية. ويصف العمر الاجتماعي الأدوار الاجتماعية والثقافية للفرد وعلاقته مع الآخرين، حيث تتحسر العلاقات الاجتماعية والأدوار المميزة لمرحلة النضج، وقبول علاقات اجتماعية وأدوار مستمرة لمراحل السن المتقدمة، وتسمى مرحلة النضج المبكرة، كذلك تتحسر العلاقة الزوجية، ونقص وانكماش الاهتمامات عامة، وفقدان الاهتمام بالأهداف والخطط الطويلة الأجل والبعيدة، وتقبل العلاقات الاجتماعية المميزة لكبار السن، مثل الاعتماد على الآخرين للمعونة وللنصح وإدارة الأموال إذا كان الفرد مستقلاً مالياً، والانضمام إلى عضوية المجموعات التي تكونت أساساً من كبار السن والتخطيط لأهداف قريبة، وانتقال الاهتمام بالحياة العملية للأبناء والأحفاد. وتبدو ثلاثة مؤثرات اجتماعية تلعب دوراً مهماً في حياة المسن، وهي مكانته الاقتصادية وخلاصة عمله، وأصله العرقي (بركات، ٢٠١٠).

تصنيف الشيخوخة:

١- الشيخوخة البيولوجية:

تشمل العوامل البيولوجية الصحة العامة، والعوامل الفيزيائية، والعناصر الكيميائية والغدد، والمواد الكيميائية التي تنظم دورة الدم التي يمكن أن تؤثر في العقل. ويقصد بالعمل البيولوجي كذلك الاختراعات والوسائل الحديثة التي تغلبت على كثير من الأمراض، مما أدى إلى انخفاض نسبة الوفيات وزيادة عدد المسنين. ولهذا أثره على كيان المجتمع، إذ يؤدي إلى تغير نسبة المنتجين إلى مستهلكين، وإلى أن يكون المجتمع محافظاً متمسكاً بالقديم، ولا يقبل التجديد. والشيخوخة البيولوجية هي نمط شائع من الاضمحلال الجسمي في البناء والوظيفية، حيث يتغير الجسم البشري، وتتغير أجهزته المختلفة تبعاً لزيادة عمر الفرد وتطور حياته. ويحدث ذلك تبعاً لزيادة عمر الفرد ونتيجة التقدم في السن بعد اكتمال نضج الكائن الحي.

وتعكس الشيخوخة حقيقة بيولوجية مؤداها أن هناك تزايداً متتامياً في الاضمحلال الجسمي، وتدهور الإنسان من الناحية البيولوجية في البناء والوظيفة. حيث تختل جميع عمليات الاتزان البنائي، وتعتري جميع الأجهزة الفسيولوجية والعضوية والحركية والعصبية الاختلال، وتتكاثر الأمراض المتوافرة لدى الشباب، ولكن قوة الشباب الجسدية تمنع سيطرة

المرض. ولهذا فإن الشيخوخة تعد زمن التقاعد الجسمي والإحالة إلى المعاش للراحة الجسمية، ذلك لأن كل كائن له عمر افتراضي يختلف باختلاف الكائنات، ويتحدد عمر هذه الكائنات في ضوء العوامل الوراثية والبيئية المحيطة بالكائن الحي، والتي تؤثر في طول عمره أو قصره.

ومن الأمراض الشائعة في كبار السن الهبوط الحاد والمفاجئ لضغط الدم عند الوقوف، وتظهر على هيئة سقوط مفاجئ وإغماء، وأحياناً دوار وإحساس بالضعف أو الإعياء، وتشتد هذه الأعراض في أيام الطقس الحار الذي غالباً ما يؤثر تأثيراً بالغاً على كبار السن. وأحياناً تحدث هذه النوبات بعد حمام ساخن، أو الأكل حتى تصل إلى حد الامتلاء، والشائع أن هذه النوبات تحدث على الأخص أثناء التبول.

وعند الرجال يتأثر مظهر علامات الضعف الجنسي إلى أن يصل الفرد إلى الستين أو السبعين عاماً. حيث تتدنى معدلات هرمون التستوستيرون (هرمون الذكورة) عند سن الأربعين. ويصاب الرجال بالأمراض نفسها التي تصاب بها النساء في سن اليأس والمتمثلة في العرق الغزير وسرعة دقات القلب والشعور بالتوهج في الوجه والجسم، أو ما يعرف بالهبات الساخنة، إضافة إلى الإحساس بالوهن والخمول العام، والميل إلى الهمود والكآبة والاكتئاب وزيادة الانفعال، وتقلب المزاج.

ويشكل انقطاع الطمث انخفاض الرغبة في النشاط الجنسي، فانخفاض الهرمونات يؤدي إلى تغيرات في الأنسجة التناسلية، ويعتقد أنه كذلك يضعف الرغبة الجنسية، فانخفاض نسبة الاستروجين يقلل من وصول الدم للمهبل والغدد والأعصاب المحيطين به، وهذا يجعل الأنسجة الحساسة أضعف وأجف وأقل قدرة على الإنتاج. وهكذا عندما ينقطع الحيض تخطو المرأة خطواتها إلى منتصف العمر، وتحرر من وظيفتها كمصنع البشرية، وإنجاب الأطفال إلى كائن يعيش لنفسه أكثر مما يعيش لغيره.

٢- الشيخوخة السيكولوجية:

تعتبر الحالة النفسية عند المسنين ومن هم في مرحلة الشيخوخة محصلة لعدة عوامل يؤثر كل منها سلباً أو إيجاباً بدرجة أو بأخرى على نفسية المسن، ومن ثم فإن الحالة النفسية عندهم ليست حالة نمطية واحدة، بل تختلف من مسن إلى آخر حسب طبيعة تعرضه لتأثير العوامل المختلفة ودرجة تأثره بها. وينظر علماء النفس إلى مرحلة الشيخوخة باعتبارها الحلقة الأخيرة في سلسلة حياة الفرد. وهي تتأثر بعوامل ترتبط بمراحل حياتهم منذ طفولتهم

حتى شيخوختهم، وهي: صحتهم البدنية، والجنسية، وعلاقاتهم الاجتماعية، وما تعرضوا له من تعليم، وتربية، وعمل، وزواج، وأمراض وإصابات، ومكاسب وخسارة، وآمال وإحباطات ونجاحات وإخفاقات وأعمال أخرى تتعلق بما يحدث لهم أثناء دخولهم سن الكبر. وتتأثر الشيخوخة بما يتوافر في المجتمع من مكانة للمسنين، فالمجتمع قد يسمح للمسنين بمكانة طيبة ويتيح لهم مشاركة فعالة في الخدمات المجتمعية في مصفوفة من العلاقات المتبادلة مع أبناء المجتمع مما يؤدي إلى شيخوخة ناجحة ويكون له أثره على الحالة النفسية والفسولوجية للمسنين. ويعاني المسن من الخوف وتدهور قدراته النفسية والاجتماعية تدهوراً يحول بين تحقيق رغباته. والخوف ظاهرة طبيعية إذا ما أحس الفرد أن هناك شيئاً يهدده ومن الممكن أن يؤثر ذلك عليه سواء كان مادياً أو معنوياً. وعندما يضعف جسم الإنسان عند بدء الشيخوخة وما تحمله من مرارة، فيخاف اقتراب النهاية ويرأوده الخوف الشديد من الموت. ويؤدي هذا الخوف إلى الهروب من كل حديث أو حوار أو تفكير في هذا الموضوع. وتؤثر الحالة الصحية للمسنين على حالتهم النفسية، وتظهر العزلة والانطواء وعدم القدرة على التوافق في العلاقات الاجتماعية مع الآخرين. كما أن التقدم في العمر يصيب المسن بالمشاعر السلبية، ويجعله أقل شعوراً بالثقة والأمان وانخفاض الروح المعنوية، ويؤثر على صورته الإيجابية لذاته، والتي تعد عاملاً مهماً في تحقيق التوافق. وهكذا يتبين الارتباط بين الحالة الصحية للمسنين ومستوى توافقهم.

٣- الشيخوخة الاجتماعية:

الشيخوخة ليست مجرد عملية بيولوجية بحتة، ولكنها بالإضافة إلى ذلك ظاهرة اجتماعية تتمثل في موقف المجتمع من الفرد حين يصل إلى سن معنية بالذات يحددها المجتمع بطريقة تعسفية. ويؤخذ في الاعتبار الحالة الفيزيائية أو العقلية للأفراد. وفي هذا المرحلة ينقطع هؤلاء الأفراد عن وظائفهم وأعمالهم، مما يترتب عليه الامتناع عن ممارسة الكثير من الأنشطة اليومية العادية التي ألفوها والمشاركة فيها لسنوات طويلة. وبانقطاع المسنين عن وظائفهم وعملهم تنقطع صلته بزملائهم وتنقلص علاقاتهم الاجتماعية. حيث تقتصر على الأصدقاء القدامى والذين يعيشون قريبين منهم، لأنه من الصعب على كبير السن أن يسعى إلى زيادة الأصدقاء الذين يقطنون بعيداً عنه نظراً لضعفه، وعدم قدرته على استخدام وسائل المواصلات العامة أو الخاصة للوصول إليهم. وتتميز حياة المسنين بضعف المرونة الاجتماعية، إذ من الطبيعي أن تتكون مع الفرد في جماعة عادات وأنماط من السلوك الفردي والاجتماعي، وكلما تقدم العمر بالإنسان ازدادت هذه العادات والأنماط رسوخاً وثباتاً حتى

أصبحت جزءاً لا يتجزأ من معوقات شخصية الفردية المتميزة. ولا يستطيع المسن إقامة علاقات وأصدقاء جديدة، نظراً لتدهور الحالة الصحية وصعوبة الانتقال مما يؤدي إلى الانسحاب المتبادل بين المسن ومجتمعه، وضعف الاتصال والمشاركة. ويولد ذلك عند المسن شعور بعدم الأمن الاجتماعي، ويميل إلى الشعور بالاغتراب، الذي يدفعه إلى الانسحاب من المجتمع فيزيد شعوره بالوحدة والقلق حول المستقبل (رشوان، ٢٠١١).

ثانياً: الدراسات السابقة:

في دراسة أجراها كلا من ميلر والكسندر Miller & Alexander (1981)، عن أثر المواد النفسية على المسنين، سواء الأدوية أو الكحوليات. قام الباحثان في هذه الدراسة بتدريب المسنين من خلال ورش عمل على أثر المواد النفسية عليهم لمحاولة تجنبهم خطر تعاطي هذه الأدوية بدون وصفات طبية. وهو ما كان له أثر إيجابي في إحجامهم عن تعاطي هذه الأدوية بدون أمر الطبيب (Miller & Alexander, 1981).

وفي دراسة مسحية عن الأدوية النفسية والمسنين قام بها جلانتز Glantz (١٩٨٣) تناول فيها طبيعة الأدوية التي يتعاطاها المسنون والمشاكل التي قد تحدثها بسبب اعتمادهم عليها. وقد قام الباحث بحصر ١٠٠ دراسة علمية منشورة في الموضوع، أتضح أن هؤلاء المسنين في هذه الدراسات قاموا بتناول هذه الأدوية النفسية بدون وصفة طبية، مما كان لها أثر بالغ عليهم سواء في الحالة العقلية أو الجسمية (Glantz, 1983).

كما أجرى محمد عودة (١٩٨٦) دراسة حول مشكلات الشيخوخة في المجتمع الكويتي، حيث بلغت عينة الدراسة ٦٤ مسناً ومسنّة، منهم ٣٨ ذكراً، و٢٦ إناثاً من دار الرعاية الاجتماعية للمسنين، وتبين من نتائج الدراسة أن مشكلات المسنين تشمل: ضعف الذاكرة، والمرض، والأرق، وضعف البصر والسمع، وضعف القدرة العقلية، وإن الإناث لديهن مشاكل أكثر من الذكور (عودة، ١٩٨٦).

وفي دراسة أشرف عليها الكونجرس الأمريكي Congress (١٩٨٦) عن الجرائم التي تمارس في حق المسنين، بسبب إساءة استخدام الأدوية النفسية، والسماح لهم بتعاطي هذه الأدوية بدون وصفات طبية. وقد أجريت الدراسة في فلوريدا للتعرف على المشاكل التي يتعرض لها المسنون. وقد بينت الدراسة أن هؤلاء المسنين هم عرضة لكثير من المشاكل التي

تسببها هذه الأدوية، كذلك هم أكثر عرضة أكثر من غيرهم للجرائم والعنف الموجه لهم (Congress 99th, 1986).

كما أجرى كل من بومان وبينير Bouman & Pinner (٢٠٠٢) دراسة للتعرف على أثر تعاطي الأدوية النفسية على المسنين، وأجريت الدراسة على ٣٢٩ من المسنين الذين تزيد أعمارهم على ٥٥ سنة من خلال ملاحظتهم لمدة ٥ سنوات، وقد أثبتت نتائج الدراسة أن تعاطي الأدوية النفسية يؤثر سلباً على المسنين، وأن هناك علاقة دالة بين العمر والتغيرات التي تحدث للمسنين أثر تعاطي هذه الأدوية النفسية، حيث تقل حجم الذاكرة لديهم وتدهور وظائفها، وأن لهذه الأدوية النفسية آثارها الجانبية الضارة عليهم، وأنه كلما زاد حجم هذه الأدوية زاد ظهور التدهور عليهم (Bouman & Pinner, 2002).

وفي دراسة أجريت في مستشفى الطب النفسي بكوريا، عام ٢٠٠٤ عن أثر مضادات الذهان على ذاكرة كبار السن المصابون بمرض الفصام المزمن، كان الهدف منها التعرف على الذاكرة اللفظية والذاكرة العاملة لدى مرضى المزمن، حيث شملت الدراسة ٧٧ مريضاً، تم اختيارهم بشكل عشوائي، وتم علاجهم لمدة ٤ أسابيع متواصلة، وبعدها تم توقف العلاج لمدة ٤ أسابيع متواصلة، وأثبتت النتائج أن الذاكرة العاملة ساءت بعد توقف العلاج بينما تحسنت الذاكرة اللفظية.

وفي دراسة استكشافية قامت بها وارين Waern (٢٠٠٥)، على ٨٥ من المسنين المتعاطين للأدوية النفسية، تبين من النتائج أن تعاطي هذه الأدوية سببت لدى هؤلاء المسنين ميولا انتحارية (Waern, 2005).

وفي دراسة قام بها أوريج Orwig وآخرون (٢٠٠٦) عن تقويم العلاجات المقدمة للمسنين في المجتمع، وقد أجريت الدراسة على ٥٠ مسناً بأعمار ٦٥ سنة فما فوق، وكان جميعهم يتعاطون أدوية نفسية لمدة تزيد عن ٣٠ يوماً، وكانوا يتعاطون ما لا يقل عن سبعة أنواع من هذه الأدوية. وقد بينت النتائج أن ٧٥٪ من أفراد العينة تأثروا سلباً من هذه الأدوية (Orwig, et al., 2006).

وقد أجرى جيرونترول Gerontol (٢٠٠٧) دراسة عن تأثير الأدوية المضادة للذهان على ذاكرة المرضى الذين يعانون من مرض الزهايمر. حيث أثبتت نتائج الدراسة أن فقدان الذاكرة هي مشكلة مشتركة ومثيرة للقلق بالنسبة للأفراد المصابين بمرض الزهايمر، وقد استخدم منهج المقارنة بين الذين لا يتناولون الأدوية المضادة للذهان والمرضى الذين يتناولون

الأدوية المضادة للذهان، حيث ضمنت عينة الدراسة ٣٥ مريضاً، وتمت المقارنة بينهما، حيث تبين أن المرضى الذين يتناولون المضادات الذهانية كانوا أسوأ بكثير على مقياس ضعف الذاكرة (Gerontol, 2007)

كما بينت دراسة أجراها فارس عكاوي (٢٠٠٨) عن انتشار المخاطر والعوامل التي تؤثر على الإفراط الدوائي لمرضى كبار السن، حيث شملت عينة الدراسة ٣١٧ مسناً من الذين تتراوح أعمارهم (٦٥- فما فوق)، وأظهرت نتائج الدراسة أن الإفراط الدوائي يؤثر سلباً على ذاكرة كبار السن (عكاوي، ٢٠٠٨).

وفي دراسة أجراها كلا من كين وجرين Kane & Green (٢٠٠٩)، عن تعاطي المسنين للأدوية النفسية، أجريت على ٢٤٢ من المسنين، أتضح أن إدراك هؤلاء المسنين قد تأثر سلباً من تعاطي المواد النفسية، على الرغم من أن سبب تعاطيهم لهذه المواد نفسها قد سببت أعراضاً جانبية سيئة، خاصة مع زيادة كمية هذه الأدوية. كما أتضح من نتائج الدراسة أن شرب أكثر من كاسين من الخمر يومياً سبب مشاكل كثيرة لهؤلاء المسنين على حالتهم النفسية والجسمية، على الرغم من أن سبب شرب هذه الكحوليات كان لعلاج حالة الاكتئاب والشعور بالوحدة التي يعانون فيها. كما بينت الدراسة أن لمتغير العمر قدرة على تفسير أكثر من ٣٠٪ من أثر هذه المواد النفسية على المسنين، وأن التدخين كان له أثراً سلبياً على الذاكرة (Kane & Green, 2009).

وفي دراسة أجراها كمال يوسف بلان (٢٠٠٩) بعنوان "دراسة مقارنة لسمة القلق بين المسنين المقيمين في دور الرعاية أو مع أسرهم": دراسة ميدانية لدى عينة من المسنين في محافظات دمشق وريفها وحمص واللاذقية، وقد تكونت عينة الدراسة من ٤٣٦ مسناً (٢٢٢ من الذكور، و٢١٤ من الإناث). وقد كانت عينة المسنين المقيمين في دور رعاية ١٥٠ مسناً ومسنّة، والمقيمين مع أسرهم ٢٨٦ مسناً ومسنّة، استخدم فيها الباحث مقياس سمة القلق لسبيلبرجر، والذي يحتوي على عشرين عبارة. وقد أثبتت نتائج الدراسة أنه توجد فروق دالة إحصائية في سمة القلق بين المسنين المقيمين مع أسرهم والمسنين المقيمين في دور الرعاية لصالح المقيمين مع أسرهم. بمعنى أن مستوى القلق يزيد لدى المسنين المقيمين في دور الرعاية، وبالإضافة إلى ذلك فإن هؤلاء المقيمين في دور الرعاية أدمنوا الكثير من الأدوية النفسية لاعتقادهم بأنها تخفف من حدة القلق لديهم، مما كان له أثراً سلبياً على صحتهم وحالتهم الجسمية بشكل عام (بلان، ٢٠٠٩).

التعليق على الدراسات السابقة:

بالاطلاع على الدراسات السابقة يمكن استخلاص ما يلي:

- ١- توصلت معظم الدراسات السابقة إلى أن تعاطي الأدوية النفسية أثر بشكل سلبي في ذاكرة المسنين، كما هو مبين في دراسة (Miller & Alexander, 1981)، ودراسة (Glantz, 1983)، ودراسة (Bouman & Pinner, 2002).
- ٢- أثبتت معظم الدراسات السابقة أن تعاطي المواد الأخرى، مثل الكحوليات والتدخين أثر سلباً على ذاكرة المسنين، كما هو مبين في دراسة (Kane & Green, 2009).
- ٣- أثبتت معظم الدراسات السابقة أن المسنين الذين تعاطوا هذه الأدوية والمواد النفسية تناولوها بدون وصفة طبية وبدون إذن الطبيب، كما في دراسة (Glantz, 1983)، ودراسة (Miller & Alexander, 1981).
- ٤- تبين من نتائج الدراسات السابقة أن المسنين الذين توقفوا عن تعاطي هذه الأدوية النفسية تحسنت ذاكرتهم بشكل ملحوظ، كما في دراسة (مستشفى الطب النفسي بكوريا، ٢٠٠٤).
- ٥- تبين من الدراسات السابقة أن من أكثر المشاكل التي تعرض لها المسنون المقيمون في دور الرعاية الاجتماعية؛ هي ضعف الذاكرة ونقص القدرة العقلية بشكل عام، كما هو مبين في دراسة (بلان، ٢٠٠٩).
- ٦- أثبتت الدراسات السابقة أن كمية المواد والأدوية النفسية المتعاطاة كان له أثراً سلبياً في ذاكرة المسنين، بمعنى أنه كلما زادت هذه الكمية كلما تدهورت ذاكرتهم، كما هو مبين في دراسة (عكاوي، ٢٠٠٨)، ودراسة (Bouman & Pinner, 2002).
- ٧- أكدت بعض الدراسات السابقة أن لمتغير العمر قدرة على تفسير أثر المواد النفسية على المسنين، كما في دراسة (Kane & Green, 2009).

ثالثاً: فرضيات الدراسة:

- (١) الفرض الأول: توجد علاقة ارتباطية عكسية دالة إحصائياً بين الاعتماد على الأدوية النفسية والذاكرة العاملة لدى المسنين بمملكة البحرين.
- (٢) الفرض الثاني: لا تختلف العلاقة الارتباطية بين الاعتماد على الأدوية النفسية والذاكرة العاملة لدى المسنين بمملكة البحرين، باختلاف متغيري: الجنس، والعمر.
- (٣) الفرض الثالث: يوجد أثر دال إحصائياً لمتغيرات: الجنس، والحالة الاجتماعية، والعمر والمستوى التعليمي، والأمراض الجسمية المزمنة، وكمية الأدوية النفسية المتعاطاة على الذاكرة العاملة لدى المسنين.
- (٤) الفرض الرابع: توجد فروق دالة إحصائياً بين الجنسين في الذاكرة العاملة عند المسنين.
- (٥) الفرض الخامس: توجد فروق دالة إحصائياً بين الفئات العمرية للمسنين في الذاكرة العاملة.

الفصل الثالث

الطريقة الإجراءات

- منهج الدراسة.
- مجتمع الدراسة والعينة.
- أدوات الدراسة.
- الأساليب الإحصائية.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

يتضمن هذه الفصل عرض لمنهج الدراسة المتبع، وحدود الدراسة، ومجتمع الدراسة والعينة، وأدوات الدراسة المستخدمة، والأساليب الإحصائية.

أولاً: منهج الدراسة:

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج الوصفي بشقيه (الارتباطي والمقارن) للتعرف على دلالة العلاقة بين الاعتماد على الأدوية النفسية للمسنين وذاكرتهم العاملة، واختلاف هذه العلاقة باختلاف الجنس، والفئة العمرية.

ثانياً: مجتمع الدراسة والعينة:

اشتمل مجتمع الدراسة على كافة المسنين بمملكة البحرين، والذين تبلغ أعمارهم فوق الستين سنة، ويتكون مجتمع الدراسة من المسنين بمملكة البحرين من ٣٢,٩٤١ (١٦٠٩٠ ذكور، و١٦٨٥١ إناث) حسب إحصاء ٢٠٠٨/٢٠٠٩، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (١)

توزيع مجتمع الدراسة من المسنين على الجنس والفئات العمرية

جدول Table 2.37J
تقدير السكان حسب فئات السن، الجنسية والتوقع - 2008 و 2009
Estimated Population by Age Groups, Nationality & Sex - 2008 & 2009

Age Groups	Nationality / Sex									فئات السن
	الجملة Total			غير بحريني Non-Bahraini			بحريني Bahraini			
	كلا النوعين Both Sexes	إناث Females	ذكور Males	كلا النوعين Both Sexes	إناث Females	ذكور Males	كلا النوعين Both Sexes	إناث Females	ذكور Males	
2008										
0 - 4	79,386	39,102	40,284	20,219	10,043	10,176	59,167	29,059	30,108	4 - 0
5 - 9	76,608	37,369	39,239	19,942	9,757	10,185	56,666	27,612	29,054	9 - 5
10 - 14	72,964	35,586	37,378	15,558	7,549	8,009	57,406	28,037	29,369	14 - 10
15 - 19	70,363	34,402	35,961	12,934	6,452	6,482	57,429	27,950	29,479	19 - 15
20 - 24	102,341	41,844	60,497	50,357	16,577	33,780	51,984	25,267	26,717	24 - 20
25 - 29	151,173	48,179	102,994	105,432	25,882	79,550	45,741	22,297	23,444	29 - 25
30 - 34	139,108	45,270	93,838	100,203	25,733	74,470	38,905	19,537	19,368	34 - 30
35 - 39	117,875	38,235	79,640	84,377	21,041	63,336	33,498	17,194	16,304	39 - 35
40 - 44	95,505	33,009	62,496	61,342	15,359	45,983	34,163	17,650	16,513	44 - 40
45 - 49	75,211	26,570	48,641	43,747	10,272	33,475	31,464	16,298	15,166	49 - 45
50 - 54	52,743	17,654	35,089	28,351	5,532	22,819	24,392	12,122	12,270	54 - 50
55 - 59	29,862	10,271	19,591	13,063	2,692	10,371	16,799	7,579	9,220	59 - 55
60 - 64	14,116	5,974	8,142	3,825	1,004	2,821	10,291	4,970	5,321	64 - 60
65 - 69	9,648	4,737	4,911	1,210	429	781	8,438	4,308	4,130	69 - 65
70 - 74	6,748	3,513	3,235	654	280	374	6,094	3,233	2,861	74 - 70
75 - 79	4,549	2,359	2,190	384	175	209	4,165	2,184	1,981	79 - 75
80-84	2,592	1,323	1,269	184	93	91	2,408	1,230	1,178	80-84
85+	2,704	1,509	1,195	127	61	66	2,577	1,448	1,129	
Total	1,103,496	426,906	676,590	561,909	158,931	402,978	541,587	267,975	273,612	الجملة
2009										
0 - 4	85,493	42,031	43,462	22,980	11,395	11,585	62,513	30,636	31,877	4 - 0
5 - 9	80,126	39,077	41,049	21,951	10,723	11,228	58,175	28,354	29,821	9 - 5
10 - 14	74,176	36,045	38,131	15,704	7,614	8,090	58,472	28,431	30,041	14 - 10
15 - 19	70,242	34,258	35,984	11,134	5,422	5,712	59,108	28,836	30,272	19 - 15
20 - 24	112,846	46,574	66,272	59,094	20,484	38,610	53,752	26,090	27,662	24 - 20
25 - 29	169,858	52,564	117,294	122,930	29,559	93,371	46,928	23,005	23,923	29 - 25
30 - 34	152,170	47,016	105,154	111,452	26,584	84,868	40,718	20,432	20,286	34 - 30
35 - 39	124,677	38,233	86,444	92,011	21,546	70,465	32,666	16,687	15,979	39 - 35
40 - 44	102,157	34,016	68,141	66,938	15,722	51,216	35,219	18,294	16,925	44 - 40
45 - 49	78,117	27,383	50,734	45,816	10,758	35,058	32,301	16,625	15,676	49 - 45
50 - 54	56,442	19,203	37,239	30,391	5,872	24,519	26,051	13,331	12,720	54 - 50
55 - 59	32,240	11,160	21,080	13,661	2,732	10,929	18,579	8,428	10,151	59 - 55
60 - 64	15,030	6,316	8,714	4,026	1,030	2,996	11,004	5,286	5,718	64 - 60
65 - 69	9,748	4,817	4,931	1,163	425	738	8,585	4,392	4,193	69 - 65
70 - 74	6,899	3,622	3,277	591	264	327	6,308	3,358	2,950	74 - 70
75 - 79	4,358	2,258	2,100	320	163	157	4,038	2,095	1,943	79 - 75
80 - 84	2,218	1,054	1,164	161	80	81	2,057	974	1,083	84 - 80
85 +	1,618	791	827	81	45	36	1,537	746	791	+ 85
Total	1,178,415	446,418	731,997	620,404	170,418	449,986	558,011	276,000	282,011	الجملة

المصدر: الجهاز المركزي للمعلومات بمملكة البحرين

عينة الدراسة:

اشتملت عينة الدراسة على المسنين من أعمار ٦٠ سنة فما فوق، والذين بلغ عددهم في الدراسة الحالية ٦٠ مسناً (٣٦ من الذكور بنسبة ٦٠٪، و ٢٤ من الإناث بنسبة ٤٠٪). وهو ما يمثل حوالي ٢٪ من مجتمع الدراسة الأصلي.

والجداول التالية توضح خصائص هذه العينة:

جدول (٢)

توزيع أفراد العينة على متغيري الجنس والفئة العمرية

الجنس الفئة العمرية	الذكور		الإناث		الإجمالي	
	عدد	%	عدد	%	عدد	%
٦٠-٧٤ سنة	١٦	٥٩,٣	١١	٤٠,٧	٢٧	٤٥,٠
٧٥-٨٥ سنة	١٠	٤٧,٦	١١	٥٢,٤	٢١	٣٥,٠
أكثر من ٨٥ سنة	١٠	٨٣,٣	٢	١٦,٧	١٢	٢٠,٠
الإجمالي	٣٦	٦٠,٠	٢٤	٤٠,٠	٦٠	١٠٠

والجدول السابق يوضح أن أفراد العينة من الفئة العمرية ٦٠-٧٤ سنة بلغت ما نسبته ٤٥,٠٪ من إجمالي العينة، بينما بلغت الفئة العمرية ٧٥-٨٥ سنة ٣٥,٠٪، والفئة العمرية أكثر من ٨٥ سنة ٢٠,٠٪.

جدول (٣)

توزيع أفراد العينة على متغيري الجنس والحالة الاجتماعية

الجنس الحالة الاجتماعية	الذكور		الإناث		الإجمالي	
	عدد	%	عدد	%	عدد	%
أعزب	٩	٩٠,٠	١	١٠,٠	١٠	١٦,٧
متزوج	١٢	٦٠,٠	٨	٤٠,٠	٢٠	٣٣,٣
مطلق	٧	٦٣,٦	٤	٣٦,٤	١١	١٨,٣

الجنس الحالة الاجتماعية		الذكور		الإناث		الإجمالي	
		عدد	%	عدد	%	عدد	%
أرمل		٨	٤٢,١	١١	٥٧,٩	١٩	٣١,٧
الإجمالي		٣٦	٦٠,٠	٢٤	٤٠,٠	٦٠	١٠٠

والجدول السابق يوضح أن ٣٣,٣٪ من أفراد العينة متزوجون، في مقابل ٣١,٧٪ من الأرامل، و ١٨,٣٪ مطلّون، و ١٦,٧٪ غير متزوجين.

جدول (٤)

توزيع أفراد العينة على متغيري الجنس والمستوى التعليمي

الجنس المستوى التعليمي		الذكور		الإناث		الإجمالي	
		عدد	%	عدد	%	عدد	%
ابتدائي فأقل		٢٧	٦١,٤	١٧	٣٨,٦	٤٤	٧٣,٣
متوسط / إعدادي		٧	٥٨,٣	٥	٤١,٧	١٢	٢٠,٠
ثانوي / دبلوم متوسط		٢	٦٦,٧	١	٣٣,٣	٣	٥,٠
جامعي		-	-	١	١٠٠	١	١,٧
الإجمالي		٣٦	٦٠,٠	٢٤	٤٠,٠	٦٠	١٠٠

والجدول السابق يوضح أن ٧٣,٣٪ من أفراد العينة مستواهم التعليمي ابتدائية فأقل، في مقابل ٢٠٪ حاصلون على الإعدادية، و ٥٪ ثانوية عامة، و ١,٧٪ جامعين.

جدول (٥)

توزيع أفراد العينة على متغيري الجنس والمهنة السابقة

الجنس المهنة السابقة		الذكور		الإناث		الإجمالي	
		عدد	%	عدد	%	عدد	%
موظف حكومي		٣	٧٥,٠	١	٢٥,٠	٤	٦,٧
موظف خاص		٣	٧٥,٠	١	٢٥,٠	٤	٦,٧

المهنة السابقة		الذكور		الإناث		الإجمالي	
		عدد	%	عدد	%	عدد	%
عامل/ مهن حرفية بسيطة		٢٥	٥٥,٦	٢٠	٤٤,٤	٤٥	٧٥,٠
مهن أخرى		٥	٧١,٤	٢	٢٨,٦	٧	١١,٦
الإجمالي		٣٦	٦٠,٠	٢٤	٤٠,٠	٦٠	١٠٠

الجدول السابق يوضح أن ٧٥٪ من أفراد العينة كانوا يعملون في مهن حرفية بسيطة، بينما عمل ٦,٧٪ منهم في وظائف حكومية، و ٦,٧٪ في وظائف في القطاع الخاص، و ١١,٦٪ في مهن أخرى.

جدول (٦)

توزيع أفراد العينة على متغيري الجنس ومكان الإقامة

مكان الإقامة		الذكور		الإناث		الإجمالي	
		عدد	%	عدد	%	عدد	%
في دور المسنين		٣١	٥٩,٦	٢١	٤٠,٤	٥٢	٨٦,٧
في المنزل		٥	٦٢,٥	٣	٣٧,٥	٨	١٣,٣
الإجمالي		٣٦	٦٠,٠	٢٤	٤٠,٠	٦٠	١٠٠

الجدول السابق يوضح أن ٨٦,٧٪ من أفراد العينة يقيمون في دور رعاية المسنين، في مقابل ١٣,٣٪ يقيمون في منازلهم.

جدول (٧)

توزيع أفراد العينة على متغيري الجنس والإصابة بأمراض المزمنة

الإصابة		الذكور		الإناث		الإجمالي	
		عدد	%	عدد	%	عدد	%
نعم		٣٥	٦٣,٦	٢٠	٣٦,٤	٥٥	٩١,٧
لا		١	٢٠,٠	٤	٨٠,٠	٥	٨,٣
الإجمالي		٣٦	٦٠,٠	٢٤	٤٠,٠	٦٠	١٠٠

الجدول السابق يوضح أن ٩١,٧٪ من أفراد العينة يعانون من أمراض مزمنة، في مقابل ٨,٣٪ لا يعانون من أمراض مزمنة، وقد بلغت نسبة الذكور الذين يعانون من أمراض مزمنة ٦٣,٦٪ في مقابل ٣٦,٤٪ للإناث، وهذا يعني أن أفراد العينة من الذكور يعانون من أمراض مزمنة بدرجة أكبر بكثير من الإناث. وفيما يلي قائمة بأهم الأمراض المزمنة التي يعاني منها أفراد العينة:

جدول (٨)

الأمراض المزمنة التي يعاني منها أفراد العينة

المرض	التكرار	النسبة المئوية %
ضغط الدم	٣٨	٦٣,٣
السكري	٣٢	٥٣,٣
القلب	١٤	٢٣,٣
الكلى	٦	١٠,٠
الكولسترول	٦	١٠,٠
الرئة	٣	٥,٠
خرف	٢	٣,٣
صرع	٢	٣,٣
المفاصل	٢	٣,٣
المعدة	١	١,٧
تلف في خلايا المخ	١	١,٧
الغدة الدرقية	١	١,٧
التهاب في المثانة	١	١,٧

يتضح من الجدول السابق أن ٦٣,٣٪ من أفراد العينة يعانون من ضغط الدم، و ٥٣,٣٪ منهم يعانون من مرضى السكري، في مقابل ٢٣,٣٪ منهم يعانون من أمراض بالقلب.

ثالثاً: أدوات الدراسة:

تتضمن أدوات الدراسة الاختبارات الآتية:

أ- مقياس الذاكرة العاملة:

ويضم الاختبارات الآتية:

(١) اختبار المدى البصري **Visual Span** (إعداد: صلاح الدين الشريف، ٢٠٠٣):
يهدف هذا الاختبار إلى قياس قدرة الفرد على استرجاع أكبر عدد ممكن من الأشكال التي رآها. ويتكون الاختبار من تسعة (٩) أشكال معروفة. والزمن المحدد للاختبار دقيقة واحدة، حيث يطلب من المفحوص أن يكتب أكبر عدد ممكن من أسماء الأشكال التي رآها (القياس: الاستدعاء البصري المباشر بعد العرض مباشرة).

(٢) اختبار اكتساب القوائم **List Acquisition** (إعداد: صلاح الدين الشريف، ٢٠٠٣):
يهدف هذا الاختبار إلى قياس قدرة الفرد على استرجاع أكبر عدد ممكن من الكلمات التي سمعها. ويتكون الاختبار من ٧٢ كلمة موزعة على سبع قوائم. حيث يطلب من المفحوص التركيز والانتباه عند سماعه لهذه الكلمات، والزمن المحدد لهذه القوائم السبع كاملة في ثلاث دقائق، حيث يطلب من المفحوص أن يكتب فيها أكبر عدد ممكن من الكلمات بعد سماعه لها مرة واحدة (لقياس الاستدعاء السمعي المباشر)، كما يطلب من المفحوص أن يكتب فيها أكبر عدد ممكن من الكلمات التي سمعها بعد عرض مهمة مشتتة (لقياس الاستدعاء السمعي المرجأ).

(٣) اختبار القوائم المباشر **Immediate List Recall** (إعداد: صلاح الدين الشريف، ٢٠٠٣):
يهدف هذا الاختبار إلى قياس قدرة الفرد على استرجاع أكبر عدد ممكن من الكلمات الشائعة التي سمعها. ويتكون الاختبار من ١٢ كلمة شائعة موزعة على ثلاث قوائم، حيث يطلب من المفحوص التركيز والانتباه عند سماعه لهذه الكلمات، والزمن المحدد للقوائم الثلاث الكاملة ٣٠ ثانية، حيث يطلب من المفحوص أن يكتب فيها أكبر عدد ممكن من الكلمات بعد سماعها مره واحدة (لقياس الاستدعاء السمعي المباشر)، كما يطلب من المفحوص أن يكتب فيها أكبر عدد ممكن من الكلمات التي سمعها بعد عرض مهمة مشتتة (لقياس الاستدعاء السمعي المرجأ).

(٤) اختبار المدى اللفظي **Verbal Span** (إعداد: صلاح الدين الشريف، ٢٠٠٣):
يهدف هذا الاختبار إلى قياس قدرة الفرد على استرجاع أكبر عدد ممكن من الكلمات

من الذاكرة المباشرة والمرجأة. ويتكون الاختبار من ١٨ كلمة شائعة غير مترابطة تعرض في صفحة واحدة، ويطلب من المفحوص أن يقرأ هذه الكلمات بهدوء، والزمن المحدد لهذه الاختبار دقيقة واحدة، ويطلب من المفحوص أن يكتب فيها أكبر عدد ممكن من الكلمات التي قرأها (لقياس الاستدعاء البصري المباشر بعد العرض مباشرة).

٥) اختبار التذكر البصري المباشر **Immediate Visual Recall** (إعداد: صلاح الدين الشريف، ٢٠٠٣): يهدف هذا الاختبار إلى قياس قدرة الفرد على استرجاع أكبر عدد ممكن من الأشكال المألوفة التي رآها. ويتكون الاختبار من عشرين شكلاً مختلفاً. حيث يطلب من المفحوص إمعان النظر في تلك الأشكال، والزمن المحدد لهذا الاختبار دقيقتان فقط. حيث يطلب من المفحوص كتابة أو ذكر أكبر عدد ممكن من أسماء الأشكال التي رأيته في ورقة منفصلة (لقياس الاستدعاء البصري المباشر)، كما يطلب من المفحوص أن يكتب فيها أكبر عدد ممكن من أسماء الأشكال التي رآها بعد عرض مهمة مشتتة (لقياس الاستدعاء البصري المرجأ).

ب- استبانة معرفة العلاقة بين الاعتماد على الأدوية النفسية والذاكرة العاملة لدى المسنين (إعداد: الباحثة): تهدف هذه الاستبانة إلى التعرف على مدى استخدام أفراد العينة للأدوية النفسية، بالإضافة إلى بعض البيانات الأولية الأخرى الخاصة بأفراد العينة كالعمر، والجنس، والمستوى التعليمي، والمهن السابقة، ومدى إصابتهم بأية أمراض مزمنة من قبل.

صدق الأدوات:

تم حساب صدق البناء (التكوين) Content Validity، وذلك من خلال حساب معامل ارتباط بيرسون بين هذه الأبعاد ودرجتها الكلية، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (٩)

الارتباط بين أبعاد الاختبار ودرجة الكلية

البعد/ الاختبار	عدد البنود	معامل ارتباط بيرسون مع الدرجة الكلية
اختبار المدى البصري	٩	٠,٧٨**
اختبار اكتساب القوائم	٧٢	٠,٨٣**
اختبار القوائم المباشر	١٢	٠,٧٨**
اختبار المدى اللفظي	١٨	٠,٨٤**
اختبار التذكر البصري المباشر	٢٠	٠,٨٤**

** دال عند ٠,٠١

الجدول السابق يوضح أن جميع معاملات الارتباط بين الاختبارات الفرعية للذاكرة ودرجتها الكلية دالة إحصائياً عند ٠,٠١، حيث تراوحت بين ٠,٧٨، إلى ٠,٨٤، مما يدل على صدق الارتباط الداخلي للأداة.

ثبات الأدوات:

تم حساب ثبات التجانس الداخلي، والتجزئة النصفية لأداة الدراسة، وقد بلغ معامل ألفا لكرونباخ ٠,٧٩، كما بلغ معامل التجزئة النصفية ٠,٨٦، وهي معاملات مرتفعة ومقبولة إحصائياً، مما يفيد بثبات الأداة.

رابعاً: الأساليب الإحصائية المستخدمة:

تم حساب التكرارات والنسبة المئوية، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لبنود الاختبار، كما تم استخدام اختبار (ت) للتعرف على دلالة الفروق بين الجنسين، واختبار تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA للتعرف على دلالة الفروق بين الفئات العمرية. وتم حساب العلاقة الارتباطية من خلال معامل ارتباط بيرسون بين الاعتماد على الأدوية النفسية والذاكرة العاملة لأفراد العينة. وتم حساب تحليل التباين الثنائي (Univariate) للتعرف على أثر كل من: الجنس، والحالة الاجتماعية، والعمر، والمستوى التعليمي، والأمراض الجسمية المزمنة، وكمية الأدوية المستخدمة، على الذاكرة العاملة للمسنين. كما تم حساب تحليل الانحدار الخطي Linear Regression للتعرف على أي من الأدوية النفسية تأثيراً سلبياً على الذاكرة العاملة للمسنين.

الفصل الرابع

نتائج الدراسة ومناقشتها والتوصيات

- نتائج الفرض الأول.
- نتائج الفرض الثاني.
- نتائج الفرض الثالث.
- نتائج الفرض الرابع.
- نتائج الفرض الخامس.
- الإجابة على سؤال الدراسة السادس.
- التوصيات.
- الدراسات المقترحة.

الفصل الرابع

نتائج الدراسة ومناقشتها والتوصيات

سنعرض فيما يلي نتائج الدراسة ومناقشتها والتوصيات، حيث استهدفت هذه الدراسة التعرف على العلاقة بين الاعتماد على الأدوية النفسية والذاكرة العاملة لدى عينة من المسنين بمملكة البحرين، والبالغ عددهم ٦٠ مسناً ومسنّة تراوحت أعمارهم بين ٦٠ - ٨٥ سنة.

وفيما يلي عرضاً لأهم نتائج الدراسة الحالية:

(١) نتائج الفرض الأول:

للتحقق من صحة الفرض الأول القائل: "توجد علاقة ارتباطية عكسية دالة إحصائياً بين الاعتماد على الأدوية النفسية والذاكرة العاملة لدى المسنين بمملكة البحرين".

تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين الاعتماد على الأدوية النفسية والذاكرة العاملة لدى المسنين بمملكة البحرين، والجدول التالي يعرض هذه النتيجة:

جدول (١٠)

معاملات ارتباط بيرسون لدلالة العلاقة بين الاعتماد على الأدوية النفسية والذاكرة العاملة لدى المسنين بمملكة البحرين

المتغير	ن	معامل ارتباط بيرسون مع الذاكرة العاملة
الأدوية النفسية	٥٩	-٠,١٢
التدخين	٨	*-٠,٧٧
الكحوليات	٣	,٩٩

* دال عند ٠,٠٥

يتضح من الجدول السابق أنه لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الاعتماد على الأدوية النفسية وبين الذاكرة العاملة لدى المسنين بمملكة البحرين، وكذلك أتضح أنه لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الاعتماد على الكحوليات وبين الذاكرة العاملة. بينما وجدت

علاقة ارتباطية عكسية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ٠,٠٥ بين التدخين والذاكرة العاملة لدى المسنين، بمعنى أنه كلما زادت كمية التدخين تدهورت الذاكرة العاملة لدى المسنين.

وتختلف هذه النتيجة مع نتائج معظم الدراسات السابقة التي تم استعراضها مسبقاً، حيث أكدت معظم هذه الدراسات على وجود أثر سلبي دال إحصائياً للأدوية النفسية على الذاكرة العاملة للمسنين، مثل دراسات: بومان وبينير (Boumn& pinner,2002)، والتي أكدت فيها على أن تعاطي الأدوية النفسية يؤثر سلباً على ذاكرة المسنين.

وكذلك دراسة جيرونتول (Gerontol,2007)، والتي أكدت فيها أن المسنين المرضى الذين يتناولون المضادات الذهانية كانوا أسوأ كثيراً على مقياس الذاكرة من المسنين الذين لا يتناولون هذه المضادات.

كما اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة عكاوي (٢٠٠٨)، والتي أثبتت فيها أن الإفراط الدوائي يؤثر سلباً على ذاكرة كبار السن.

كما اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة جلانتز (Glantz, 1983)، والتي أكدت أن تناول المسنين للأدوية النفسية بدون وصفة طبية كان له أثر سيء بالغ على الحالة العقلية للمسنين.

كذلك اختلفت نتائج الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة أوريج وآخرون (Orwing, et al.,2006)، والتي بينت أن ٧٥٪ من المسنين يتأثرون سلباً بتعاطي الأدوية النفسية.

وبالتالي فإن النتيجة التي توصلت إليها الدراسة الحالية من عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الاعتماد على الأدوية النفسية والذاكرة العاملة لدى المسنين قد يكون مرجعه إلى أن هذه الذاكرة قد تكون متدهورة بالفعل بسبب عامل السن وعوامل أخرى بغض النظر عن تعاطيهم لهذه الأدوية.

بينما كانت النتيجة الخاصة بالتدخين وعلاقته العكسية بالذاكرة العاملة، تؤكد أنه كلما زاد تدخين هؤلاء المسنين تدهورت لديهم الذاكرة العاملة، وهذا ما يؤكد على أن مادة النيكوتين الموجودة في السجائر كان لها أثر سلبي على الذاكرة العاملة لدى هؤلاء المسنين، وهو ما يتفق مع نتيجة التي توصلت إليها دراسة كين وجرين (Kana& Green, 2009)، والتي أثبتت أن التدخين كان له أثراً سلبياً على الذاكرة للمسنين.

(٢) نتائج الفرض الثاني:

للتحقق من صحة الفرض الثاني القائل: "لا تختلف العلاقة الارتباطية بين الاعتماد على الأدوية النفسية والذاكرة العاملة لدى المسنين بمملكة البحرين، باختلاف متغيري: الجنس، والعمر"

تم حساب معاملات ارتباط بيرسون للتعرف على دلالة العلاقة بين الاعتماد على الأدوية النفسية والذاكرة العاملة لكل جنس ولكل فئة عمرية على حدة، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (١١)

معاملات ارتباط بيرسون لدلالة العلاقة بين الاعتماد على الأدوية النفسية والذاكرة العاملة لدى المسنين بمملكة البحرين/ باختلاف الجنس والفئات العمرية

المادة	الذكور		الإناث		الفئات العمرية			
					٧٤-٦٠		٨٥-٧٥	
	معامل الارتباط	ن	معامل الارتباط	ن	معامل الارتباط	ن	معامل الارتباط	ن
الأدوية النفسية	٣٥	-٠,١٧	٢٤	-٠,١٩	٢٦	٠,٢٨	٢١	-٠,٢٠
التدخين	٧	٠,٢٤	-	-	٦	-٠,٩٤**	-	-
الكحوليات	٣	٠,٩٨	-	-	٣	٠,٩٨	-	-

** دال عند ٠,٠١

أتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات الارتباط بين الاعتماد على الأدوية النفسية والذاكرة العاملة لدى المسنين لم تكن دالة إحصائياً؛ سواء عند الذكور أو الإناث، كما لم تكن دالة إحصائياً لدى الفئات العمرية المختلفة، ماعدا التدخين عند المسنين في الفئة العمرية (٦٠-٧٤)، حيث وجدت علاقة ارتباطية عكسية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ٠,٠١ بين التدخين والذاكرة العاملة لدى هذه الفئة. وهو ما أكدته نتيجة الفرض الأول، وأكدته دراسة كين وجرين (Kana& Green, 2009).

وبالتالي يمكن القول أن الفرض الثاني قد تحقق، ولم تختلف العلاقة الارتباطية بين الأدوية النفسية والذاكرة العاملة باختلاف الجنس أو الفئة العمرية، ماعدا في محور التدخين لدى الفئة العمرية (٦٠-٧٤).

(٣) نتائج الفرض الثالث:

للتحقق من صحة الفرض الثالث القائل: "يوجد أثر دال إحصائياً لمتغيرات: الجنس، والحالة الاجتماعية، والعمر، والمستوى التعليمي، والأمراض الجسمية المزمنة، وكمية الأدوية النفسية المتعاطاة على الذاكرة العاملة لدى المسنين".

تم استخدام تحليل التباين الثنائي Univariate للتعرف على أثر متغيرات: (الجنس، والحالة الاجتماعية، والعمر، والمستوى التعليمي، والأمراض الجسمية المزمنة، وكمية الأدوية النفسية المتعاطاة) على الذاكرة العاملة لدى المسنين، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (١٢)

نتائج اختبار تحليل التباين الثنائي Univariate للتعرف على أثر متغيرات: الجنس، والحالة الاجتماعية، والعمر، والمستوى التعليمي، والأمراض الجسمية المزمنة، وكمية الأدوية النفسية المتعاطاة على الذاكرة العاملة لدى المسنين

المتغير المستقل	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	دلالة ف
الجنس	٩,٦٨٨	١	٩,٦٨٨	.٠٥١	.٨٢٢ غير دالة
الحالة الاجتماعية	١٢٧,٨٢٦	٣	٤٢,٦٠٩	.٢٢٥	.٨٧٨ غير دالة
العمر	١٤٤,٧٦٥	٢	٧٢,٣٨٣	.٣٨٣	.٦٨٥ غير دالة
المستوى التعليمي	١١٦٠,٦٤٦	٣	٣٨٦,٨٨٢	٢,٠٤٥	.١٢٤ غير دالة
الأمراض الجسمية المزمنة	١٦٤,٠٩٥	١	١٦٤,٠٩٥	.٨٦٧	.٣٥٨ غير دالة
كمية الأدوية النفسية المتعاطاة	١٠٣٣,٣٤١	١٠	١٠٣,٣٣٤	.٥٤٦	.٨٤٦ غير دالة

أُتضح من الجدول السابق أن جميع المتغيرات المستقلة: الجنس، والحالة الاجتماعية، والعمر، والمستوى التعليمي، والأمراض الجسمية المزمنة، وكمية الأدوية النفسية المتعاطاة. لم يكن لها أثر على الذاكرة العاملة لدى المسنين. وتتفق هذه النتيجة مع النتيجة التي توصلنا إليها للتحقق من الفرضين الأول والثاني، من أن لم يكن للأدوية النفسية علاقة دالة إحصائية على الذاكرة العاملة لدى المسنين. وكذلك لم يكن هناك اختلاف بين الجنسين والفئات العمرية في هذه العلاقة.

(٤) نتائج الفرض الرابع:

للتحقق من نتائج الفرض الرابع والقائل: "توجد فروق دالة إحصائية بين الجنسين في الذاكرة العاملة عند المسنين".

تم حساب اختبار (ت) T. test للتعرف على دلالة الفروق بين الجنسين في الذاكرة العاملة، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (١٣)

نتائج اختبار (ت) للتعرف على دلالة الفروق بين الجنسين في الذاكرة العاملة

المتغير	الذكور ن= ٣٦		الإناث ن= ٢٤		قيمة ت	دلالة ت
	م	ع	م	ع		
الذاكرة العاملة	١٣,٤٤٤	١٠,٥٠٥	١٤,٧٩١	١٦,٩٩	-٠.٣٤٧	٠.٧٣١ غير دالة

يتضح من الجدول السابق أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين الجنسين في الذاكرة العاملة لدى المسنين. وتختلف هذه النتيجة مع نتيجة دراسة عودة (١٩٨٦)، والتي أكد فيها أن الإناث لديهن مشاكل أكثر في القدرة العقلية والذاكرة. وبالتالي يمكن القول بأن هذا الفرض لم يتحقق.

(٥) نتائج الفرض الخامس:

للتحقق من صحة الفرض الخامس القائل: "توجد فروق دالة إحصائية بين الفئات العمرية للمسنين في الذاكرة العاملة".

تم حساب تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA للتعرف على دلالة الفروق بين الفئات العمرية للمسنين في الذاكرة العاملة، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (١٤)

نتائج تحليل التباين الأحادي للتعرف على دلالة الفروق بين الفئات العمرية للمسنين في الذاكرة العاملة

الفئة	م	ع	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	دلالة ف
٦٠-٧٤ سنة ن=٢٧	١٧,٢٩٦	١٤,٦٨٨	٧٢٠,٧٣٥	٢	٣٦٠,٣٦٧	٢,٠٩٤	١٣٣. غير دالة
٧٥-٨٥ سنة ن=٢١	١٣,٠٤٧	١٢,٨٢٣					
أكثر من ٨٥ سنة ن=١٢	٨,١٦٧	٩,٠٩٣					

يتضح من الجدول السابق أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين الفئات العمرية للمسنين في الذاكرة العاملة لديهم، وتختلف هذه النتيجة مع نتيجة دراسة بومان وبينير (Bouman & Pinner, 2002)، والتي أكدت على أن هنالك علاقة دالة بين العمر والذاكرة العاملة لدى المسنين. كذلك اختلفت مع نتيجة دراسة كين وجرين (Kane & Green, 2009)، والتي أكدت أن لمتغير العمر قدرة على تفسير أكثر من ٣٠٪ من أثر المواد النفسية على المسنين.

وبالتالي يمكن القول بأن الفرض الخامس لم يتحقق.

(٦) للإجابة على سؤال الدراسة السادس:

للإجابة على سؤال الدراسة السادس والقائل: "ما هي أكثر الأدوية النفسية تأثيراً على الذاكرة العاملة للمسنين؟"

تم حساب تحليل الانحدار المتعدد الخطي Linear Regression للتعرف على أكثر الأدوية النفسية التي يتعاطاها أفراد العينة تأثيراً على الذاكرة العاملة للمسنين، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (١٥)

أكثر الأدوية النفسية التي يتعاطاها أفراد العينة تأثيراً على الذاكرة العاملة لديهم

الأدوية النفسية	الترتيب حسب الأثر السلبي	معامل الارتباط R	معامل الارتباط المتعدد R ²	B	T	دلالة ت
Xanax	١	.٠٣١	.٠٠١	-٠.١٢٧	-٠.٢٣٩	.٨١٢
Risperdal	٢					
Tranxene	٣					
Prozac	٤					
Tryptizol	٥					
Zypraxa	٦					
Ctrattera	٧					
Librax	٨					
Zoloft	٩					
Remeron	١٠					
Valium	١١					
Cipralex	١٢					

والجدول السابق يوضح أنه على الرغم من أن الأدوية النفسية بشكل عام لم تكن لها علاقة ارتباطية دالة إحصائية مع الذاكرة العاملة للمسنين، إلا أنه بترتيب هذه الأدوية حسب تأثيرها على الذاكرة العاملة للمسنين من خلال حساب تحليل الانحدار الخطي Linear

Regression تبين أن أكثر هذه الأدوية تأثيراً سلبياً على الذاكرة العاملة للمسنين كان Xanax، ثم الـ Risperdal، وTranxen.

وفيما يلي شرح موجز لكل نوع من أنواع هذه الأدوية:

(١) Xanax:

وهو من المهدئات في حالات القلق والهيجان والتوتر، وهي مجموعة البنزوديازيبين ويستخدم أيضاً في حالات التشنج والمصابين بالصرع، وأيضاً مرخي للعضلات ويسبب النوم، ولا يستخدم في الأغلب أكثر من ٣-٤ شهور لأنه سريع الفاعلية ويسبب الإدمان، وهذه الأدوية لا بد أن تكون تحت إشراف طبي.

(٢) Risperdal:

هو دواء لمعالجة الفصام ينتمي إلى فئة أدوية تسمى غير النمطية أو غير النموذجية (Atypical) المضادة للذهان، وتستخدم بالأساس لمعالجة الفصام والاضطرابات العقلية الأخرى. لدى معالجة مرضى الفصام الذين يعانون من الخرف (العتة)، وبالريسبيريدول يزداد خطر الموت. كما هو الحال بالنسبة للأدوية الأخرى من هذه الفئة، وهذا الدواء لا يشفي المريض، إنما يقلل من الأعراض. كما يخفض من تواتر وشدة الهلوسات واضطرابات التفكير، ويحسن الأداء الوظيفي. وهو يسبب قدر أقل من اضطرابات الحركة ومن السمنة، مقارنة بأدوية أخرى تستخدم لمعالجة الفصام.

(٣) Tranxene:

ينتمي هذا الدواء إلى عائلة البنزوديازيبين التي تمتلك تأثيراً مهدئاً ومنوماً، حيث ترتبط بمستقبلات خاصة بها في الدماغ، مما ينشط عمل مستقبلات "حامض غاما امنوبوترك" التي تمتلك تأثيراً مهدئاً، كما يساعد على السيطرة على الشحنات العصبية الزائدة في الدماغ والتي تسبب مرض الصرع. وقد يسبب العلاج إدماناً نفسياً وجسدياً؛ لا يصرف العلاج إلا بوصفة طبيب مختص ولا ينصح باستخدامه لفترات طويلة. ولا يعمل العلاج على الشفاء من مرض الصرع، ولكن يساعد على التحكم في النوبات من حيث تقليل تكرارها، لذا لا يجوز التوقف عن تناول العلاج دون استشارة الطبيب بمجرد تحسن حالة المريض، إذ قد تعاود النوبات بالظهور بعد التوقف عن العلاج.

(٤) Prozac:

يستخدم لعلاج الاكتئاب، وعلاج حالات الخوف الشديد، والهلع، وبعض الاضطرابات النفسية الأخرى. والآثار الجانبية: صداع، عصبية، أرق، توتر، دوخة. وقد يسبب غثيان، إسهال، فقدان للشهية أو زيادتها وأيضاً ضعف عام. وقد يسبب سرعة ضربات القلب، وارتباك واضطرابات النوم، وأحلام غير طبيعية. ويمكن أن يسبب هرش واحمرار للجلد. والدواء له تأثير سلبي علي الوظيفة الجنسية للمريض. ويجب أن يستعمل بحرص لمرضي الاكتئاب الذين لديهم ميولاً انتحارية. والدواء يمكن أن يؤثر علي الوعي والأداء الحركي؛ لذا يجب الحرص عند استعمال الآلات أو قيادة السيارات، نظراً لأن الدواء يظل في الجسم لمدة أربعة أسابيع.

(٥) Tryptizol:

يستخدم في تخفيف أعراض الاكتئاب، ويجب الحذر عند استخدام العلاج في كبار السن بسبب حساسيتهم الزائدة للأعراض الجانبية التي قد يسببها العلاج. وقد يزيد العلاج من تأثير العلاجات أو المواد المثبطة للجهاز العصبي المركزي، لذا يجب توخي الحذر الشديد عند ممارسة أنشطة أو مهام تتطلب تركيزاً، مثل: قيادة السيارة أو تشغيل الآلات المختلفة.

(٦) Zypraxa:

هو مضاد للذهان Antipsychotic، ومن دواعي الاستعمال والجرعة: يستخدم لعلاج الأمراض الذهانية كالفصام Schizophrenia والاضطراب الوجداني ثنائي القطب Bipolar Affective Disorder. وتبدأ الجرعات الأولى — ٥ إلى ١٠ ملغم يومياً يفضل أخذها ليلاً قبل النوم، ثم تزداد الجرعة تدريجياً تحت إشراف الطبيب. أما في كبار السن ومرضى الكبد وضغط الدم المنخفض فيبدأ عادة — ٢,٥ ملغم إلى ٥ ملغم مع البطء في زيادة الجرعة. ومن الأعراض الجانبية: الجهاز العصبي المركزي: التهيج، تأثر الذاكرة والتركيز، والخدر والنعاس، والقلق، والصداع. ينبغي الحذر خاصة في بداية العلاج من تشغيل الآلات الخطرة والقيادة تحت تأثير الدواء، القلب والجهاز الدوري الدموي: تورم القدمين، وانخفاض ضغط الدم، وتسارع ضربات القلب، الجهاز الهضمي: آلام البطن، والإمساك، وزيادة الشهية تتبعه زيادة الوزن، والقيء، الجلد: طفح جلدي، الجهاز التناسلي: اضطرابات الدورة الشهرية لدى النساء.

(٧) Ctrattera:

يصنف الدواء من مضادات الاكتئاب، ويستخدم لعلاج اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، وزيادة الجرعات بدون إشراف طبي يسبب: الشعور بالغثيان أو القيء، وإمساك، وفقدان الشهية، وجفاف الفم، وخمول، ومشاكل في النوم، واضطرابات في الدورة الشهرية، واضطرابات في المزاج، واضطرابات في الوظيفة الجنسية، وصعوبة في التبول، واضطرابات في الوظيفة الجنسية.

(٨) Librax:

هي مادة لها تأثير ضد التوتر والقلق. ولها مفعول على القولون بتخفيف التقلصات، ولذا فإن مفعول هذا الدواء مزدوج على التوتر والقلق النفسي الذي يشكو منه الكثيرون ممن يشتكون من أعراض القولون العصبي، وكذلك يقلل من التقلصات التي تحصل في القولون العصبي وتسبب الألم في البطن. أما آثاره الجانبية فهي كما يلي: الإحساس بجفاف الفم، والدوخة وخاصة في الكبار من السن وعدم التوازن، والغثيان والإمساك، وزغله في العين، واحتباس في البول، خاصة في الرجال ممن يشكو من أعراض ضخامة البروستاتا.

(٩) Zolof:

وهو لعلاج الاضطرابات النفسية لدى البالغين والأطفال التي تشمل الاكتئاب والوسواس القهري، واضطرابات الهلع، والقلق الاجتماعي. وقد تم تطوير هذا الدواء مع هدف زيادة امتصاص السيروتونين في الدماغ، ويمكن أن تستخدم أيضا في علاج اضطراب ما بعد الصدمة واضطرابات المزاج. وأكثر الآثار الجانبية للزولوفت تشمل: الغثيان، واضطرابات النوم، والتهيج، والنعاس، والقلق، والتغيرات السلوكية، ونوبات الفزع والإسهال، وفقدان الوزن، ومشاكل في الانتصاب.

(١٠) Remeron:

هو دواء لمعالجة الاكتئاب ذو آلية عمل خاصة تختلف عنها لدى الأدوية الأخرى المضادة للاكتئاب، وهو يقوم بسد المستقبلات من نوع ألفا ٢ (Alpha 2) المتواجدة في الدماغ، المسؤولة الارتجاع السلبي (Negative Feedback) الخاصة بتحرير جزيئات النورابينيفرين (Norepinephrine). وانسداد هذه المستقبلات يزيد من نسبة النورابينيفرين في الدماغ. بالإضافة إلى ذلك، يزيد هذا الدواء من إفراز السيروتونين (Serotonin) إلى جانب تثبيط أنواع فرعية لمستقبلات السيروتونين. وهكذا تتخفض احتمالات حدوث الآثار الجانبية

مثل: القلق، وقلة النوم، والغثيان، وتضرر الأداء الجنسي، والصفة المميزة للأدوية التي تعيق إعادة امتصاص السيروتونين، بحيث تحفظ التأثير المضاد للاكتئاب بواسطة مستقبلات أخرى السيروتونين لم يتم حصرها. كما أن هذا الدواء فعال لمنع القلق، وبذلك من الممكن أن يكون ذا فائدة كبيرة في معالجة حالات الإصابة بالاكتئاب مع اضطرابات القلق. كما يحسن هذا الدواء من أنماط النوم لدى المصابين بالاكتئاب.

(١١) Valium:

يستخدم غالباً لعلاج القلق، والأرق، وآلام العضلات، والأعراض الانسحابية للكحول، ولحالات أخرى كثيرة، مثل: عمليات التنظير الداخلي لتخفيف التوتر والقلق وللعمليات الجراحية، ويستخدم ضد العنف والتشنج، وهي مادة منومة، ومسكنة، ومريحة للعضلات.

(١٢) Cipralex:

ينتمي دواء Cipralex إلى مجموعة من أدوية الاكتئاب التي تعمل على تثبيت الناقل العصبي السيروتونين الذي يختل في الدماغ جراء الإصابة بالاكتئاب النفسي، كما يعالج أمراض أخرى لها علاقة بهذا الناقل العصبي المعروف باسم السيروتونين، ويستخدم لعلاج الأمراض النفسية: كالاكتئاب، والحزن، والشعور بتحقير الذات، واضطرابات النوم، ويعمل بتحسين التواصل الاجتماعي، كما ينفع لعلاج حالات الوسواس القهري. أما عن الآثار الجانبية التي قد تحدث: انسداد أو سيلان في الأنف، كما يمكن أن يؤدي هذا الدواء إلى فقدان الشهية، وحصول دوخة وخمول في الجسم، وحدوث إسهال، أو إمساك، كما يمكن أن يزيد من نسبة العرق، وقد يؤدي إلى شيء من العجز الجنسي كسرعة القذف وضعف الانتصاب وانخفاض في الرغبة الجنسية، كما يمكن أن يسبب حمى وزيادة الدوخة عند الاستيقاظ نظراً لانخفاض ضغط الدم، وتركيز الصوديوم في الدم (الأعراض هي الغثيان والانزعاج يرافقه ضعف العضلات أو التشوش الذهني)، ومشاكل في الرؤية والقيء وجفاف الفم، وضعف وظائف الكبد (ارتفاع مستويات إنزيمات الكبد في الدم)، وآلام العضلات والمفاصل والتشنجات، والرعاش، واضطرابات الحركة (حركات لا إرادية في العضلات)، والهلوسة، والهوس، والارتباك، والإثارة، وصعوبة التبول، وتدفق الحليب عند النساء اللاتي لا يرضعن، والطفح الجلدي، وحكة، ونزيف اضطرابات الجلد ونزيف بما في ذلك المخاطية، وفي الجهاز الهضمي: النزيف، والتورم (www.webteb.com).

خلاصة النتائج:

توصلت الدراسة الحالية إلى أهم النتائج التالية:

- ١- لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الاعتماد على الأدوية النفسية وبين الذاكرة العاملة لدى المسنين بمملكة البحرين، وكذلك أتضح أنه لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الاعتماد على الكحوليات وبين الذاكرة العاملة. بينما وجدت علاقة ارتباطية عكسية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ٠,٠٥ بين التدخين والذاكرة العاملة لدى المسنين، بمعنى أنه كلما زادت كمية التدخين تدهورت الذاكرة العاملة لدى المسنين.
- ٢- جميع معاملات الارتباط بين الاعتماد على الأدوية النفسية والذاكرة العاملة لدى المسنين لم تكن دالة إحصائياً؛ سواء عند الذكور أو الإناث، كما لم تكن دالة إحصائياً لدى الفئات العمرية المختلفة، ماعدا التدخين عند المسنين في الفئة العمرية (٦٠-٧٤)، حيث وجدت علاقة ارتباطية عكسية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ٠,١ بين التدخين والذاكرة العاملة لدى هذه الفئة.
- ٣- جميع المتغيرات المستقلة: الجنس، والحالة الاجتماعية، والعمر، والمستوى التعليمي، والأمراض الجسمية المزمنة، وكمية الأدوية النفسية المتعاطاة. لم يكن لها أثر على الذاكرة العاملة لدى المسنين.
- ٤- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين الجنسين في الذاكرة العاملة لدى المسنين.
- ٥- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين الفئات العمرية للمسنين في الذاكرة العاملة لديهم.
- ٦- على الرغم من أن الأدوية النفسية بشكل عام لم تكن لها علاقة ارتباطية دالة إحصائياً مع الذاكرة العاملة للمسنين، إلا أنه بترتيب هذه الأدوية حسب تأثيرها على الذاكرة العاملة للمسنين من خلال حساب تحليل الانحدار الخطي Linear Regression تبين أن أكثر هذه الأدوية تأثيراً سلبياً على الذاكرة العاملة للمسنين كان Xanax، ثم الـ Tranxen، و Risperdal.

التوصيات:

بناءً على ما أسفرت عنه الدراسة الحالية من نتائج، وفي ضوء الإطار النظري تقدم الباحثة التوصيات التالية للمعنيين برعاية المسنين وكبار السن:

- العمل على إنشاء عيادات، ومراكز علاج متخصصة مزودة بالإمكانات اللازمة والمتطورة، وذلك لتقديم المساعدات العلاجية لكبار السن تحت إشراف متخصصين من الأطباء، والأطباء النفسيين، والأخصائيين الاجتماعيين، مع الأخذ في الاعتبار إمكانات التأهيل بعد علاجهم من إدمان الأدوية النفسية ودمجهم في المجتمع، ومتابعة حالتهم بعد خروجهم من المستشفى، وخاصة في الحالات الحادة التي يصاحبها اضطرابات نفسية أو عقلية أو معرفية.
- أن تقوم وزارة الصحة والمستشفيات والصيديات التابعة لها بعدم صرف أي من الأدوية النفسية إلا بوصفات طبية معتمدة وحديثة، تجنباً من صرفها لمن لا يحتاجها فعلياً.
- تدريب العاملين في المجال الطبي؛ من أطباء وصيادلة وممرضين من خلال ورش عمل متخصصة على الآثار النفسية والطبية السيئة للأدوية النفسية.
- توفير الخدمات العلاجية السريعة لمتابعة المسنين في منازلهم للتأكد من جرعة وصحة الأدوية المستخدمة، وذلك لمنعهم من الاعتماد عليها أو سوء استخدامها.
- عمل دورات وورش عمل لأسر المسنين، وذلك لتوعيتهم بكيفية استخدام هذه الأدوية ومدى فاعليتها، خاصة مع الذين يعانون من اضطرابات عصابية أو عقلية أو جسمية.
- عمل دورات وورش عمل للمسنين المقيمين داخل دور الرعاية أو المستشفيات أو المقيمين في منازلهم، لتنشيط الخلايا العصبية وتحسين الذاكرة لديهم، وذلك عن طريق التدريبات الرياضية الحركة.
- إجراء فحوصات طبية عصبية للمسنين للتعرف على مدى جدوى العلاج الدوائي، والعلاج النفسي الاجتماعي، بشكل دوري لتأكد من جدوى هذه العلاجات.

الدراسات المقترحة:

- إجراء دراسات على المسنين المقيمين في منازلهم أو في دور الرعاية، وذلك لمعرفة مدى كمية ونوع الأدوية النفسية المستخدمة ومدى تعارضها مع الأدوية المستخدمة الأخرى سواء كان بإشراف طبي أو بدون وصفة طبية.
- إجراء المزيد من الدراسات الطبية المتخصصة لمعرفة الآثار الجانبية السيئة للأدوية النفسية على المسنين.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية:

- أبا الخيل، راشد (١٩٩١). الشيخوخة ومراكز العناية بالمسنين، الرياض: نجد التجارية.
- أبو الحطب، فواد (٢٠٠٨). نمو الإنسان: من مرحلة الجنين إلى مرحلة المسنين، القاهرة: مكتبة الأنجلو.
- أبو العلا شلبي، سوسن (٢٠٠٠). علم النفس التربوي، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- أبو المعاطي علي، ماهر (٢٠١١). الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين، الرياض: دار الزهراء.
- أبو جادو، صالح (٢٠٠٣). علم النفس التربوي، الأردن: دار الميسرة للنشر والتوزيع.
- أبو علام، رجاء (٢٠١٠). سيكولوجية الذاكرة وأساليب معالجتها، عمان: دار ميسرة للنشر والتوزيع.
- بركات، فاطمة (٢٠٠٩). علم نفس المسنين، القاهرة: مركز الكتاب للنشر.
- بلان، كمال يوسف (٢٠٠٩). دراسة مقارنة لسمة القلق بين المسنين المقيمين في دور رعاية أو مع أسرهم: دراسة ميدانية لدى عينة من المسنين في محافظات دمشق وريفها وحمص واللاذقية، مجلة جامعة دمشق، ٢٥، (١).
- خليفة، عبد اللطيف (١٩٩٧). دراسات في سيكولوجية المسنين، القاهرة: دار غريب.
- الدمرداش، عادل (١٩٨٢). الإدمان مظاهره وعلاجه، الكويت: عالم المعرفة.
- رشوان، ربيع (٢٠٠٦). علم النفس المعرفي: الذاكرة وتشفير المعلومات، القاهرة: عالم الكتب.
- الزراد، فيصل (٢٠٠٩). الإدمان على الكحول والمخدرات، لبنان: دار العلم للملايين.
- الزغلول، رافع (٢٠٠٧). علم النفس المعرفي، عمان: دار الشروق.
- الشربيني، لطفي (١٩٩٥). أسرار الشيخوخة: مشكلات المسنين وكيفية علاجهم، بيروت: دار النهضة العربية.
- شقيرات، محمد (٢٠٠٥). مقدمة في علم النفس العصبي، الأردن: دار الشروق.
- عبد القوي، سامي (٢٠٠٧). علم الأدوية النفسية، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- عودة، محمد (١٩٨٦). مشكلات مرحلة الشيخوخة في المجتمع الكويتي: دراسة ميدانية لعينة من المسنين، المجلة العربية للعلوم الإنسانية، (٦)، (٢٣)، جامعة الكويت.
- العنوم، عدنان (٢٠٠٤). علم النفس المعرفي: النظرية والتطبيق، عمان: دار الميسرة.

عكاشة، أحمد (٢٠١٠). الطب النفسي المعاصر، القاهرة: مكتبة الأنجلو.
فخري، عبد الهادي (٢٠١٠). علم النفس المعرفي، عمان: دار أسامة للنشر والتوزيع.
فهم، كلير (٢٠٠٤). الرعاية النفسية والصحية للمسنين، القاهرة: مكتبة الأنجلو.
قناوي، هدى (١٩٨٧). سيكولوجية المسنين، القاهرة: دار الفكر العربي.
مهايني، أكرم (١٩٧٦). علم الأدوية، دمشق: جامعة دمشق.
الوقفي، راضي (١٩٩٨). مقدمة في علم النفس، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

- Baddeley A. (2012) *Annual review of psychology (Annu Rev Psychol)*.
Congress 99th (1986). Crime against the Elderly, Florida. Congress of
the US.
Glantz, M. (1983). Drugs and the Elderly Adult, Materials Research
Associates, Washington, Dc.
Kane, M.N.& Green, D- (2009). Perceptions of Elders Substance Abuse
and Resilience, *Gerontology & Geriatrics Education*, V30, N2, p164
- 183.
Miller, L.A.& Alexander, S.F. (1981). Substance Use and Older
Persons. Northwestern Community Services, Winchester.
Orwig, D., Brandt, N.& Gruber, B. (2006) Medication Management
Assessment for Older Adults in the Community, Gerontological
Society of America, USA.
Waern, M. (2005). Suicides among Family Members of Elderly Suicide
Victims: An Exploratory Study, Guilford Press, USA.
(www.webteb.com).



جامعة البحرين

استبيان لمعرفة العلاقة بين الاعتماد على الادوية النفسية والذاكرة العاملة لدى المسنين

(من وجهة نظر المسنين)

عزيزي المسن /عزيزتي المسنة: تهدف هذه الاستبانة إلى التعرف على مدى استخدامك للأدوية النفسية، لذا نرجو الإجابة بكل صدق وموضوعية على أسئلة الاستبانة المرفقة، علما بان الاسم غير مطلوب، ولن نستخدم إلا للأغراض العلمية فقط،ولكم خالص الشكر والتقدير على تعاونكم.

فريق البحث

البيانات الأولية:

- ١- الجنس : ☐ أنثى ☐ نكر
- ٢- الحالة الاجتماعية: أعزب ☐ متزوج ☐ مطلق ☐ أرمل
- ٣- الفئة العمرية: ☐ ٦٠-٧٤ ☐ ٧٥-٨٥ ☐ أكثر من ٨٥
- ٤- المستوى التعليمي: ☐ ابي ☐ ابتدائي ☐ متوسط ☐ ثانوي ☐ جامعي ☐ دراسات عليا
- ٥- المهنة السابقة:
- ٦- عدد الأبناء: الذكور ☐ الإناث ☐
- ٧- هل تعاني من أية أمراض مزمنة؟: ☐ نعم ☐ لا في حالة نعم: حدد هذه

الأمراض	التاريخ
١-	
٢-	
٣-	
٤-	
٥-	

٨- هل أنت مقيم في دور الرعاية المسنين؟: ☐ نعم ☐ لا

في حالة نعم: منذ متى وأنت مقيم في هذا الدار؟:.....

٩- الأدوية المستخدمة:

الحالة	النوع	الكمية	تاريخ بدء التعاطي	هل مازلت تتعاطى هذه الأدوية حتى الآن
الأدوية				نعم ☐ لا ☐ : متى توقفت؟.....
				نعم ☐ لا ☐ : متى توقفت؟.....
				نعم ☐ لا ☐ : متى توقفت؟.....
				نعم ☐ لا ☐ : متى توقفت؟.....
التدخين				نعم ☐ لا ☐ : متى توقفت؟.....
الكحوليات				نعم ☐ لا ☐ : متى توقفت؟.....

(٢) إختبار المدى البصري

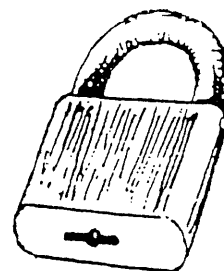
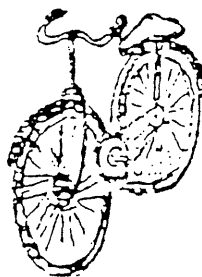
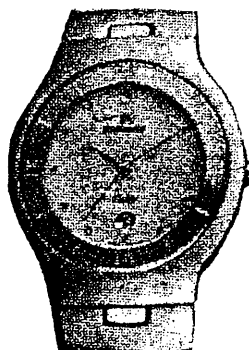
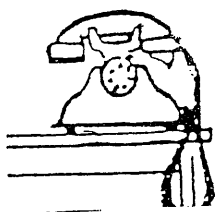
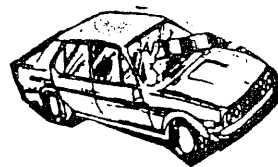
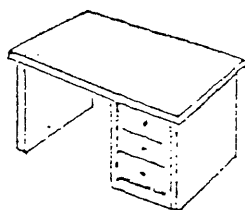
يهدف الاختبار إلى قياس قدرة الفرد على استرجاع أكبر عدد ممكن من الأشكال التي رآها.

ويتكون الاختبار من تسعة (٩) أشكال معروفة.

التعليمات:

- ١ - المطلوب منك إمعان النظر في تلك الأشكال.
- ٢ - الزمن المحدد لذلك دقيقة واحدة.
- ٣ - لديك ورقة منفصلة لكي تكتب فيها أكبر عدد ممكن من أسماء الأشكال التي رأيته (القياس: الاستدعاء البصري المباشر بعد العرض مباشرة).

لا تقلب الصفحة حتى يؤذن لك



* الآن أذكر أكبر عدد ممكن من الأشكال التي رأيتها.

✓ (٣) إختبار اكتساب القوائم

يهدف الاختبار إلى قياس قدرة الفرد على استرجاع أكبر عدد ممكن من الكلمات التي سمعها.
ويتكون الاختبار من 72 كلمة موزعة على سبع قوائم.

التعليمات:

- ١ - المطلوب منك تركيز الانتباه عند سماعك لهذه الكلمات .
- ٢ - سوف تعرض عليك القوائم السبعة كاملة في ثلاث دقائق .
- ٣ - لديك ورقة منفصلة لكي تكتب فيها أكبر عدد ممكن من الكلمات بعد سماعها مرة واحدة (لقياس الاستدعاء السمعي المباشر) .
- ٤ - لديك ورقة أخرى منفصلة لكي تكتب فيها أكبر عدد ممكن من الكلمات التي سمعتها بعد عرض مهمة مشتتة (لقياس الاستدعاء السمعي المرجأ) .

لا تقلب الصفحة حتى يؤذن لك

(١٤) إختبار تجميع القوائم المكتسب .

تعليمات: تعرض القوائم السبعة كاملة ولفترة زمنية قدرها ثلاث دقائق فقط ثم يطلب ترديدها .

(١٥) إختبار التذكر .

تعليمات: يكتفى بترديد قائمتين فقط (ج، د) مثلاً بعد سماعها مرة واحدة .

(١٦) إختبار التذكر المرجأ .

تعليمات: يتطلب ترديد نفس القائمتين بعد عرض المهمة المشتتة .

قائمة (أ)	قائمة (ب)	قائمة (ج)	قائمة (د)	قائمة (هـ)	قائمة (و)	قائمة (ز)
شجرة	لاعب	نجمة	شباك	كرة	جمل	أسد
وردة	نحلة	مبنى	خاتم	صورة	غزال	عسكري
شوكة	خرطوم	أبيض	مطر	سلم	ساعة	بنطلون
صورة	فصل	فراشة	دولاب	حارة	ميزان	شاطيء
كراسة	قميص	حقيبة	سحاب	سمك	قطعة	مهندس
شنطة	عين	عصفورة	نخلة	تفاح	منزل	جامع
دائرة	مقص	ثلاجة	حصان	قطار	ليمون	زهرة
حديقة	كلب	قمر	سجادة	بلح	خبز	سخان
مسطرة	شعر	مفتاح	فرن	سمكة	سفينة	تليفون
شمس	باب	فيل	مرآة	مكتبة	شارع	أنف
					عربة	خزان

* الآن أذكر أكبر عدد ممكن من الكلمات التي
سمعتها مع ذكر رقم القائمة إن أمكن ذلك...

جريدة طبق طائفة

راديو حذاء شمسية

سلم أرنب قطعة

دجاجة سكين علم

(١) إختبار المدى اللفظي ✓

يهدف الاختبار إلى قياس قدرة الفرد على استرجاع أكبر عدد ممكن من الكلمات من الذاكرة المباشرة والمرجأة.

ويتكون الاختبار من ١٨ كلمة شائعة غير مترابطة تعرض في صفحة واحدة.

التعليمات:

- ١ - عليك أن تقرأ هذه الكلمات بهدوء وترو.
- ٢ - الزمن المحدد لذلك دقيقة واحدة.
- ٣ - لديك ورقة منفصلة لكي تكتب فيها أكبر عدد ممكن من الكلمات التي قرأتها (لقياس الاستدعاء البصري المباشر بعد العرض مباشرة).

لا تقلب الصفحة حتى يؤذن لك

منزل تفاحة دراجة

قطار حذاء مدرسة

مركب وردة طائفة

ثلاجة قلم مكتب

عربة ساعة كرسي

دولاب هرم نظارة

* الآن أذكر أكبر عدد ممكن من الكلمات التي قرأتها

* الآن اذكر أكبر عدد ممكن من الأشكال التي رأيتها.

Summary

The current study aimed to identify the relationship between the dependence on psychiatric drugs and working memory in the elderly in Bahrain, as well as to identify how different this relationship (if any) according to: sex, and age group. Another purpose of the study is to identify the significant impact of variables such as: sex, marital status, age, level of education, chronic physical diseases, and the amount of used drugs on working memory for the elderly, as well as to identify the significant differences between genders and age groups and their effect on the working memory in the elderly. The study also aimed to identify the most psychiatric drugs that adversely affect the working memory in the elderly.

The study was based on a descriptive approach, both (Relational and Comparative) to identify the significance of the relationship between the dependence on psychological drugs and working memory for the elderly, and the differences in this relationship according to sex, and age group.

The study's population has included all the elderly in Bahrain, who aged over sixty years. A sample of the study included the elderly from the age of 60 years and above, who were around 60 elderly in the current study, (36 males by 60%, and 24 females by 40%), which represents about 2% of the original study population.

The tools of the study included the following tests: the visual range test, the visual span test, the acquisition lists, direct Immediate lists, the Recall List, verbal span test, and remembering visual direct Immediate Visual Recall of preparation: (Salah al-Din al-Sharif, 2003).

After the verification of the validity and reliability of these tools in the local environment, the most important outcomes were as the following:

1. There is no statistically significant correlation between dependence on psychological drugs and the working memory in the elderly in the Kingdom of Bahrain, as well as it became clear that there was no statistically significant correlation between alcohol and the working memory. While others have found inverse correlation statistically significant at the 0.05 level of significance between smoking and working memory in the elderly, in the sense that the greater the amount of smoking the more the working memory in the elderly will be deteriorated.
2. All correlation coefficients between reliance on psychiatric drugs and working memory in the elderly were not statistically significant; whether male or female, and were not statistically significant in different age groups, except for smoking in the elderly in the age group (60 - 74) which there was an inverse correlation statistically significant at the level of significance of 0.1 between smoking and working memory in this category.
3. All independent variables such as: sex, marital status, age, educational level, chronic physical diseases, and the amount of psychiatric drugs did not have an impact on the working memory in the elderly.
4. There are no statistically significant differences between the males and females in the working memory in the elderly.
5. There are no statistically significant differences between the age groups of the elderly on the working memory.
6. Despite the fact that psychiatric drugs in general were not related to the correlation statistically significant with the working memory for the elderly, however, by arranging these drugs according to their impact on the working memory of the elderly through calculating the linear regression analysis Linear Regression turned out to be that the most of these drugs which has a negative impact on the working memory for the elderly were: Xanax, then the Risperdal, and Tranxen.

University of Bahrain

College of Art
M. A. Of Counseling Psychology



Department of Psychology

The Relationship between Dependence on Psychological Drugs and Working Memory in the Elderly in the Kingdom of Bahrain

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Master Degree in Counseling Psychology

Submitted by

Dania Naji Kabli

Bachelor of Home Economic, College of Education, Jeddah,
Kingdom of Saudi Arabia, 2004

Supervised by

Dr. Ahmed Saad Galal

Associated Professor, Department of Psychology

UOB

Kingdom of Bahrain

2013 October